



Departamento de Sociología

**TESIS DOCTORAL**

**LOS RIESGOS DEL TRABAJO EN LAS MINAS E INDUSTRIAS DE PEÑARROYA  
ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO LONGITUDINAL**

Doctorando:

Agustín Fleta González

Dirección:

Arón Cohen Amselem  
(Universidad de Granada)

Tutoría:

María Luisa Jiménez Rodrigo

Sevilla, 2016



*A mis padres*

*A mis hijos*

*A mi familia*

# Agradecimientos

---

Esta tesis se une a otros trabajos anteriores como resultado de un esfuerzo colectivo llevado a cabo durante más de dos décadas. A finales de los años 80, un equipo dirigido por Arón Cohen<sup>1</sup> comenzó la tarea de almacenar los fondos documentales del antiguo Hospital Minero de Peñarroya, para un periodo que abarca los primeros 50 años del siglo XX. Situado en la cabecera de un establecimiento industrial de primer orden desde finales del siglo XIX, la información recuperada permitió múltiples explotaciones específicas, centradas en diferentes aspectos de la gestión de la mano de obra empleada en la Sociedad Minero-Metalúrgica de Peñarroya (en adelante SMMP). Como continuación y quizás como colofón de ese esfuerzo, me propongo abordar en las próximas páginas el problema de la gestión de los riesgos laborales en las primeras décadas del siglo XX, a la luz de la documentación referida. Quiero hacer constar aquí mi agradecimiento al equipo de personas que, con su esfuerzo, ha hecho posible disponer de un conjunto masivo de datos con el que se ha venido trabajando desde entonces.

Me siento especialmente en deuda con Eduardo de los Reyes y Francisco Ramírez, que han aportado con generosidad numerosas horas de las muy numerosas que ha ocupado este proyecto. Pero sobre todo con mi maestro y director de tesis, Arón Cohen, de quien tanto he aprendido, a quien agradezco su valiosa amistad.

---

<sup>1</sup> Durante más de dos años, el equipo de recogida de datos estuvo formado por Arón Cohen, Amparo Fernández Sánchez, Amparo Ferrer, Eduardo de los Reyes y M<sup>a</sup> Eugenia Urdiales. Milagros Menéndez también participó durante algunos meses. Arturo González Arcas colaboró en el diseño inicial de la base de datos que había de albergar la información. Matilde Martínez Ergueta colaboró en casi todas las etapas de estos primeros años del proyecto. Una vez finalizada la fase inicial de recopilación de información, yo pasé a gestionar la base de datos y Arón Cohen, Eduardo de los Reyes y Francisco Ramírez Gámiz llevaron a cabo la tarea de reconstrucción de los Historiales aprovechando las aplicaciones desarrolladas para tal fin en lenguaje dBASE. Conste aquí mi agradecimiento a la dirección de ENCASUR por haber facilitado el acceso a los fondos de Peñarroya. La investigación fue subvencionada en su día por la DGICYT (PS89-0154: Arón Cohen Investigador Principal).



# Introducción

---

## **1. La gestión de los riesgos, un espacio de conflicto**

Con la promulgación de la Ley de Accidentes de trabajo en enero de 1900 y su posterior desarrollo reglamentario, se establece la responsabilidad patronal ante el accidente de trabajo y, derivada de ella, la obligación para las empresas de atender a la gestión de todo lo relativo a la siniestralidad: altas, bajas, declaraciones de incapacidad, indemnizaciones. Se pone así en marcha una maquinaria burocrática para la gestión de los riesgos laborales que, en el caso de la SMMP, se encomienda al Hospital Minero, con su servicio médico al frente. La información que se genere constituirá la colección de partes de alta y partes de baja de accidente que comienza en 1902.

A su vez, esta normativa despierta en la patronal dos nuevas preocupaciones a las que debe hacer frente. Por un lado, los costes derivados de las indemnizaciones por accidentes de trabajo y, por otro, el posible aprovechamiento fraudulento de la ley por parte de los trabajadores. Con idea de limitar los costos y de ayudar a eliminar el fraude se comienzan a realizar en Peñarroya, de manera sistemática a partir de 1904, reconocimientos médicos a la entrada al trabajo. Ambos conjuntos, los partes de accidente y los reconocimientos médicos, fueron recuperados parcialmente y forman el cuerpo documental que aquí se analiza.

El automatismo reparador que introduce la ley irrumpe en un modelo de gestión de la mano de obra y de sus riesgos caracterizado por el paternalismo. En lo tocante a la gestión de los riesgos, este sistema asumía el desgaste de los trabajadores y proporcionaba cobertura ante las situaciones más precarias cuando se disponía de una buena hoja de servicios a la empresa. Los criterios legales para el pago de indemnizaciones y de compensaciones por el salario perdido por causas derivadas de los accidentes de trabajo se fueron introduciendo con el tiempo en un sistema que no renunció del todo a los viejos mecanismos paternalistas. Iniciaba así un camino de

largo recorrido por la vertiente compensadora una ley que había renunciado al enfoque preventivo en la construcción de la siniestralidad laboral (Pons Pons 2012).

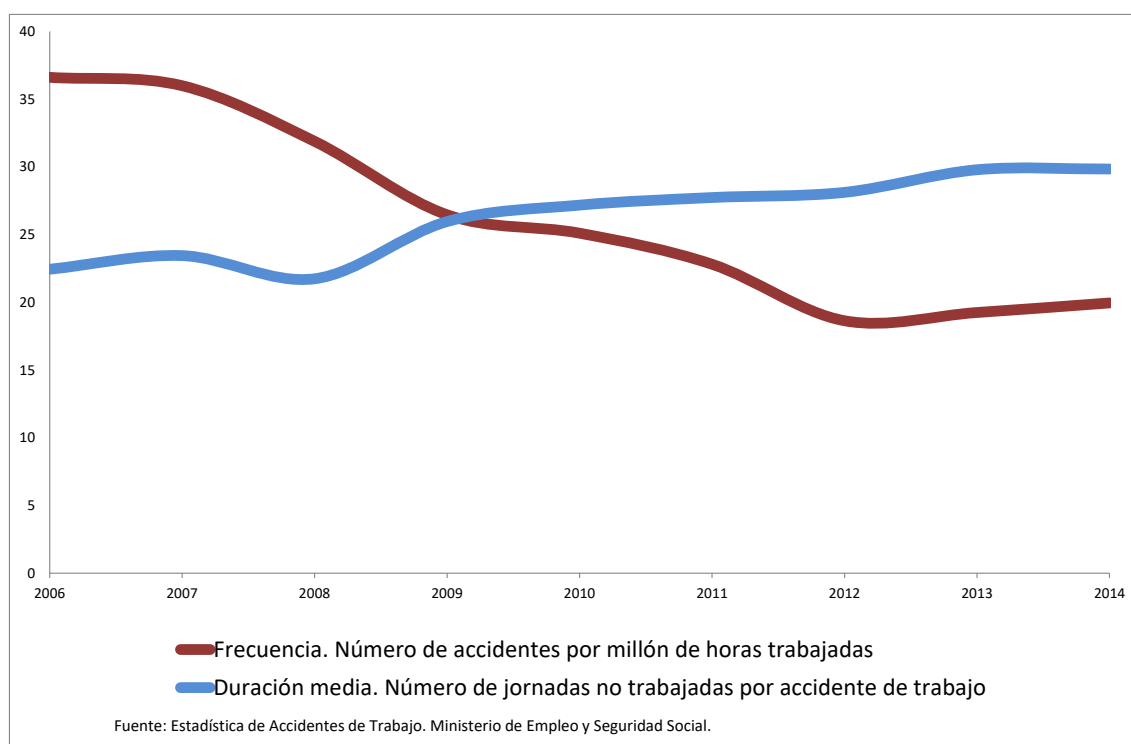
La medicina de empresa, de reciente implantación, fue la encargada de llevar a cabo esta nueva gestión de los riesgos. Dadas su condición experta –fuente de legitimidad– y su proximidad a la dirección de la empresa, estaba llamada a jugar un papel importante como ejecutora de las políticas de gestión. Ese doble papel le permitiría combinar los dos modos de gestión en un proceso de aproximación a los procedimientos objetivados.

No solo la ley amenazaba la continuidad del paternalismo, también la creciente organización obrera socavaba las condiciones que hacían posible su supervivencia. La población obrera se veía perjudicada por la aplicación cicatera de una ley que, aun reconociendo sus avances, se quedaba corta. Dada su situación de precariedad, resultaba vital reducir el peso que soportaba por los riesgos derivados del trabajo.

En la gestión de los riesgos del trabajo, como parte integrante de la gestión global de la mano de obra, se hace efectiva la función directiva del capital (Marx) buscando la máxima productividad de la fuerza de trabajo que ha comprado: la emisión de los partes de alta y baja, el reconocimiento de las indemnizaciones por accidente, la valoración de la mano de obra y su utilidad, su aceptación o rechazo, el registro de las predisposiciones a determinados padecimientos. Todo ello será aceptado y/o cuestionado por una población obrera que pondrá en marcha sus propias estrategias colectivas e individuales de resistencia: reclamación de indemnizaciones, reclamaciones de bajas, quejas a través de los representantes sindicales por altas demasiado rápidas, huelgas, simulación de accidentes, la presentación de dolencias de lenta formación como fortuitas. Nos encontramos así con un terreno, el Hospital Minero, en el que el aparato médico-patronal por una parte y los obreros y sus representantes por otra, capital y trabajo en definitiva, entrarán en conflicto para limitar el impacto económico derivado de los riesgos del trabajo. Como tendremos oportunidad de ver, ninguno de ambos grupos forma un bloque homogéneo distinguiéndose en su interior diferentes posiciones y diferentes comportamientos. Cabe decir aquí que en ninguna parte de este trabajo se hacen juicios sobre las personas, analizando únicamente las posiciones ocupadas por los actores.

En una época como la actual, definida por una crisis que ha sido aprovechada para alterar profundamente la correlación de fuerzas existente entre capital y trabajo, la gestión de los riesgos laborales vuelve a estar una vez más de actualidad. Cuando la crisis y la amenaza del paro se ciernen sobre la población trabajadora, sus condiciones de salud se resienten evidenciando la relación existente entre la capacidad negociadora de la mano de obra y su salud, tanto laboral como extralaboral. Los mecanismos que ponen en relación capacidad de negociación y salud laboral son variados. En un contexto como el presente, las bajas son menos frecuentes. Los problemas que antes causaban baja han dejado de hacerlo en muchos casos y la capacidad que tienen las personas de soportar malestar y dolor a diario (Nichols 1999) aumenta, en un ambiente desfavorable para el ejercicio de los derechos laborales, en el que está permanentemente presente la amenaza del paro. El carácter negociado de la salud laboral (Bruno et al. 2012) vuelve a ponerse de manifiesto.

La estadística de los últimos años nos muestra una reducción de los accidentes con baja y un incremento en la duración media de las bajas. Esto habla de accidentes que cada vez se declaran en menor medida llegando a notificarse únicamente los más graves. Junto a ello, miedo a solicitar una baja, bajas que no se conceden, altas demasiado tempranas; negación de lesiones y patologías, negación de su etiología laboral –con su consiguiente derivación al sistema público de atención sanitaria para su tratamiento como enfermedad común–, protagonismo creciente de las mutuas. Esta realidad incide negativamente en la salud de los trabajadores y dibuja un panorama que es descrito en términos similares a los utilizados para dar cuenta de la gestión de los riesgos laborales a lo largo de la primera mitad del siglo veinte. Seguimos hablando de una realidad negociada.



**Figura 1. Frecuencia y Duración media de los accidentes con baja. España, 2006 - 2014.**

Es por ello que la estadística sobre siniestralidad no puede verse como el reflejo de una realidad objetiva. La salud laboral es objeto de negociación en el centro de trabajo, en el centro médico, en la mutua. Y esto ha de considerarse a la hora de valorar las cifras. La estadística sobre siniestralidad laboral es el objeto resultante de un proceso social de construcción de la realidad y como objeto producido debe ser estudiado atendiendo a sus condiciones concretas de producción.

El análisis de la salud laboral desde la perspectiva del conflicto permite abordar los problemas de infradeclaración de los riesgos profesionales. Las enfermedades profesionales no reconocidas y los accidentes de trabajo no declarados suponen una vía importante de externalización de costos. El montante para la salud pública es considerable, calculado en el caso francés entre 587 y 1.110 millones de euros anuales (Commission instituée par l'article L. 176-2 du Code de la sécurité sociale 2011, p. 107). Más importante aún es el sufrimiento humano que esto genera, del que puede dar buena cuenta el colectivo de afectados por el amianto, enfrentándose en batallas



judiciales a grandes empresas con sus grandes equipos jurídicos. De la magnitud del problema en España nos ilustra el hecho de que seamos el país europeo que registra menos casos de asbestosis como enfermedad profesional, 15 veces menos que Francia e Italia y 35 veces menos que Alemania (García Gómez, Menéndez-Navarro y Castañeda López 2012).

## **2. Objetivos del trabajo**

Esta tesis pretende:

1. Describir la gestión de los riesgos laborales y su articulación con el marco general de la gestión de la mano de obra.
2. Analizar la acumulación de los riesgos del trabajo en los cuerpos obreros a través del estudio de las patologías, lesiones y defectos oculares y de la visión.

Para este fin se diseñan los siguientes objetivos:

1. Describir y analizar las prácticas en la gestión de los riesgos laborales llevada a cabo en el Hospital Minero de Peñarroya.
2. Describir y analizar las funciones desarrolladas por la medicina de empresa en el ámbito de la gestión de la mano de obra y de sus riesgos.
3. Describir y analizar las trayectorias obreras desde la perspectiva de los riesgos del trabajo a partir del seguimiento longitudinal específico de las menciones oculares presentes en los historiales reconstruidos.

Para alcanzar estos objetivos, la tesis se estructura de la siguiente manera:

La primera parte de este trabajo la dedico a discutir la problemática en la que se inserta, a describir las fuentes y la metodología utilizada. En el primer capítulo procedo a realizar una revisión del contexto en el que tiene lugar la gestión de los riesgos del trabajo. Describo en primer lugar la evolución de la SMMP como empresa y las grandes coyunturas por las que atraviesa a lo largo de nuestro periodo de observación. Dentro de la actuación de la SMMP, presto atención al paternalismo como modelo de gestión de la fuerza de trabajo en el paso del siglo XIX al XX. También reviso la aportación de la profesión médica, cuerpo ejecutor de las políticas de gestión de los riesgos. Parte esencial de ese marco en el que se definen los riesgos es la legislación social que irrumpe en el siglo que comienza estableciendo las nuevas condiciones en que han de gestionarse los riesgos. Mediante el estudio del movimiento obrero, como principal indicador de la correlación de fuerzas entre capital y trabajo, abordo la capacidad de resistencia de la población obrera. En el verano de 1936, la sublevación militar supone el cierre del periodo anterior y la entrada en una nueva etapa. Se hace repaso también de los acontecimientos ocurridos a lo largo de la Guerra civil.

En el segundo capítulo explico la metodología seguida para la realización de la tesis. En este punto será necesario diferenciar entre las operaciones realizadas con el

conjunto de la base de datos creada a partir de los documentos recuperados del Archivo del Hospital Minero de Peñarroya (en adelante BD Peñarroya) y las llevadas a cabo para este trabajo. En las primeras incluyo la reconstrucción de historiales, la definición de las cohortes, y las explotaciones específicas previas. Todas ellas han proporcionado la base a partir de la cual se desarrolla este trabajo. Específicas de esta tesis son las operaciones de codificación, clasificación y análisis.

El análisis del conjunto documental que compone la BD Peñarroya constituye el tercer capítulo. En él comienzo describiendo los reconocimientos médicos realizados a las cohortes y los factores que inciden en su evolución. A continuación describo los contenidos de esos reconocimientos en función de sus diferentes categorías y analizo su evolución a lo largo del periodo estudiado. Esto permite el estudio de las funciones desarrolladas por el Servicio Médico de Empresa (en adelante SM) y su transformación con el paso del tiempo. Continúo con los partes de accidente describiendo y explicando el funcionamiento del aparato de gestión de los mismos. Analizo también la composición de los partes, prestando especial atención a su distribución anatómica. La comprensión de ambos grupos de documentos permite considerar sus limitaciones y posibilidades a la hora de abordar el análisis de las menciones oculares.

En la segunda parte entro a analizar los riesgos oculares presentes en ambos conjuntos documentales. Comienzo el capítulo cuarto con una discusión terminológica tras la cual procedo a clasificar los riesgos de acuerdo con criterios anatómicos, funcionales y que atienden también a la naturaleza de la lesión. Continúo en el capítulo quinto con el análisis estadístico de las referencias a problemas oculares, diferenciando entre aquellas que figuran en los reconocimientos y las que encontramos en los partes. En el capítulo sexto llevo a cabo el análisis longitudinal de los historiales seleccionados por incluir referencias a problemas oculares. En el capítulo séptimo reviso las principales conclusiones alcanzadas en el análisis de las menciones oculares. Concluyo el trabajo discutiendo los principales hallazgos obtenidos.

### **3. El análisis sociodemográfico de un archivo de empresa**

El punto de partida de la investigación son los dos ficheros resultantes de la recuperación y el almacenamiento digital del archivo utilizado para la gestión cotidiana de los partes de accidente y los reconocimientos médicos de la SMMP. Se trata por tanto de un estudio de caso<sup>2</sup>, el de la SMMP, que permite entrar a describir la gestión, por parte de una gran empresa minero-metalúrgica, de los riesgos y la salud obrera en el marco de la gestión general de la mano de obra: “[...] la documentación nos ilustra sobre el *funcionamiento de una estructura*: es un observatorio *desde* el lugar de producción, *inscrito en* las relaciones entre capital y trabajo en un contexto (empresarial, sectorial, histórico-geográfico) concreto” (Cohen 1999, cursiva en el original). Como ya hemos dicho con anterioridad (Cohen y Fleeta 2012, p. 148):

La adscripción patronal de nuestro observatorio, un servicio médico de una gran empresa, representa, a la vez, un condicionamiento y una oportunidad para un análisis histórico. De un lado, la cobertura de cualquier cómputo realizado a partir de sus informaciones no

---

<sup>2</sup> Para una defensa del estudio de caso véase Flyvbjerg (2004).

puede ser más que *parcial*. Por definición, excluirá manifestaciones muy significativas de los riesgos [...]. Pero los análisis a partir de una documentación como la empleada captan con claridad los criterios y algunos filtros de una intervención *funcional*; hasta el punto de hacer aflorar relaciones que la gestión patronal se aplicaba justamente a evitar o refutar. Por ello, el estudio sociodemográfico de los vínculos entre salud y trabajo es aquí inseparable del de esa gestión y, en este contexto, de las funciones y procedimientos de una Medicina de Empresa (cursiva en el original).

En efecto, el estudio del archivo de esta gran empresa minera permite comprender cómo se articulan los diferentes elementos que intervienen en la gestión de los riesgos laborales en el medio concreto, en el centro de la fricción cotidiana entre capital y trabajo. Y, como resultado de esta gestión, tenemos al trabajador, con nombres y apellidos, acusando en su cuerpo la manifestación de los riesgos del trabajo. Al mismo tiempo, el estudio de la SMMP permite describir las condiciones concretas en las que se producen las estadísticas sobre siniestralidad. Apreciamos así una cifra que es la resultante de un gran número de filtros y consideraciones previas. Una cifra que en sí misma constituye una apuesta de orden político.

Con el contenido de los ficheros llevé a cabo una tarea de categorización y clasificación en ítems significativos. A partir de las categorías elaboradas he desarrollado tres tipos de análisis:

- Un primer tipo de análisis cuantitativo masivo, de descripción estadística de las grandes magnitudes y de determinadas *ideas clave*<sup>3</sup> presentes en la documentación.
- Un segundo análisis de carácter cualitativo. A su vez de dos tipos:
  - Semiótico o de interpretación de los contenidos y su posterior generalización encaminada a la búsqueda de las prácticas seguidas en la gestión de los riesgos laborales, de sus límites y de los principios que orientan el funcionamiento del aparato médico-patronal.
  - De análisis de contenidos destacados que me permitió delimitar los contornos de la actuación, identificar las excepciones, establecer sus límites.
- Un tercer tipo de análisis longitudinal de los historiales, de carácter tipológico, con el que he buscado establecer modelos en las trayectorias de los historiales en los que figuran problemas oculares.

Este trabajo combina la utilización de herramientas propias del análisis demográfico con el análisis social. El enfoque demográfico se verifica en:

- La observación de una población acotada espacial, social y temporalmente, con un comienzo y un cierre de observación.

---

<sup>3</sup> La utilización aquí del término *ideas clave* pretende marcar diferencias con respecto al término *palabras clave*. El segundo indicaría el recuento de términos explícitos (significantes) que aparecerían en la documentación. El primero señala el recuento de términos explícitos junto a otros equivalentes (significados) que pudiesen aparecer.

- El seguimiento de determinados acontecimientos, renovables y no renovables, ocurridos a esa población a lo largo del periodo observado y registrados en nuestra documentación.
- El cálculo de probabilidades de sufrir un acontecimiento para una subpoblación dada.
- La reconstrucción nominativa de los acontecimientos en historiales a semejanza del método de reconstrucción de familias de Henry<sup>4</sup>. Si bien para esta elaboración concreta no se ha llevado a cabo este trabajo, sí se hace uso en ella de los historiales reconstruidos.
- La delimitación de cohortes a partir de una fecha y una edad de entrada en observación.
- La combinación de un análisis agregativo, transversal y masivo, con el análisis longitudinal de historiales y el análisis de cohortes.

Estas herramientas del análisis demográfico se han puesto al servicio de un análisis social en línea con la tradición de la Sociología de las Relaciones Laborales. Distinguimos en este punto un nivel macro de análisis en el que se analizan las funciones desarrolladas por los actores colectivos, básicamente el servicio médico, ocupando posiciones y desarrollando estrategias colectivas. Debido a las características de la documentación, la Dirección queda aquí algo desdibujada al igual que el conjunto de los responsables directos de la organización del trabajo. Todos ellos quedarían confundidos tras un bloque que podría denominarse el aparato médico-patronal de gestión de la mano de obra. Frente a él se situaría otro actor colectivo, la población obrera, con un grado de organización creciente, que también desarrollaría estrategias colectivas en defensa de sus intereses. Las posiciones que ocuparían los primeros tenderían a contraponerse a las posiciones de los segundos hablando así de intereses enfrentados, de actores en conflicto. Las funciones que llevan a cabo esos diversos actores no son necesariamente coherentes –los actores colectivos no son entes homogéneos y pueden llevar a cabo comportamientos contradictorios entre sí o unos con otros<sup>5</sup>– ni funcionales y, como podrá verse, cambian con el tiempo. El análisis de la documentación disponible permite, al mismo tiempo, descender al nivel micro de análisis de los comportamientos de los actores individuales, con sus diferencias y matices. Cada sujeto, desde la posición que ocupa, reinterpreta el papel que le toca adoptar en función de sus intereses, estrategias y características personales. Aquí también el comportamiento individual no tiene por qué ser necesariamente coherente con unos principios o una estrategia colectiva.

Este análisis social constituye asimismo una aportación a la Historia social. Quiere ser, sobre todo, una aportación a la historia de los cuerpos –en línea con lo que

---

<sup>4</sup> Para una descripción del método y de su aportación a la Demografía Histórica véase Ramírez Gámiz (2002, p. 28 y ss.).

<sup>5</sup> Considérese aquí el escaso predicamento que sobre los responsables de la contratación pueden llegar a tener bien las recomendaciones médicas sobre los obreros, bien las evaluaciones sobre su utilidad.

reclaman Johnston y McIvor (2007)– o, más bien, una historia escrita a partir de las pistas halladas en los cuerpos y plasmadas en la fuente.

El contenido descriptivo de esta investigación posee el valor de proporcionarnos un testimonio vivo sobre las condiciones de salud de la población obrera. Sin embargo, no constituye una mera presentación ordenada de los datos, la información que analizo es el producto de una búsqueda guiada por una problemática. Más aún, la secuencia de signos que constituye su base empírica es el resultado de un proceso de construcción realizado a partir de una problemática concreta: el acercamiento longitudinal a la dinámica de la relación capital-trabajo. Y ello a través del análisis de la gestión médico-patronal de los riesgos laborales.

La historia de la S.M.M.P. es la historia de los hombres que supieron llevar adelante la empresa superando obstáculos y dificultades. Es, al mismo tiempo, la historia de aquellos que, con menos opciones, dedicaron su esfuerzo a la extracción y transformación del mineral y al resto de actividades anejas. Estos entregaron su salud y su tiempo a cambio de un salario, soportando los riesgos cotidianos. Esta es una historia escrita a partir de lo que nos han contado sus cuerpos.

#### 4. Términos utilizados

A lo largo de este trabajo he utilizado una serie de términos para referirme a elementos concretos. Son los siguientes:

BD Peñarroya	Conjunto total de registros procedentes del Hospital minero de Peñarroya. Se divide en dos ficheros principales, uno que recoge los reconocimientos médicos (FD Reconocimientos) y otro que recoge los partes de accidente (FD Partes).
BD Cohortes	Subconjunto de registros procedentes de la BD Peñarroya que corresponde a los miembros de las tres cohortes seleccionadas, C1, C2 y C3.
Reconocimientos	Conjunto de reconocimientos médicos realizados a la entrada al trabajo y de forma periódica a los trabajadores de la empresa. Almacenados en el FD Reconocimientos.
Partes	Conjunto de registros correspondiente a la fusión de las papeletas de accidente y los partes de alta. Almacenados en el FD Partes.
Observación	Cada uno de los registros que forman la BD Peñarroya. Con este término hago referencia tanto a los reconocimientos como a los partes.
Historial	Conjunto de observaciones vinculadas correspondiente a un mismo obrero, fruto del proceso de reconstrucción de las observaciones.

Trayectorias	Representación gráfica o imaginaria de un historial.
Contenido	En la clasificación de los reconocimientos, el conjunto de anotaciones vertidas por el médico.
Anotación	En la clasificación de los reconocimientos, cada una de las unidades significativas en las que puede ser dividido un contenido.
SM	Servicio médico de empresa. Término utilizado para identificar de manera conjunta al personal sanitario que trabaja en el Hospital Minero.
MO	Menciones oculares. Conjunto de observaciones relativas a los ojos y en general al órgano de la vista, encontradas en la BD Cohortes.
DO	Diagnósticos oculares. Subconjunto del FD Reconocimientos. Son las menciones oculares que encontramos en los reconocimientos.
AO	Agresiones oculares. Subconjunto del FD Partes. Son las menciones oculares que encontramos en los partes de accidente.

# Primera parte. Los riesgos en el trabajo: problemática, fuentes y metodología

---

# Capítulo 1. La gestión de los riesgos laborales

---

En las próximas páginas dibujo el marco en el que tiene lugar la gestión de los riesgos laborales en la SMMP. Para ello comienzo señalando la evolución de la empresa y su decidida apuesta por la actividad transformadora que la sitúa a la cabeza de la producción mundial de plomo. A continuación se señalan los distintos elementos que contribuyen a la construcción de los riesgos laborales y a su gestión. Se define en primer lugar el paternalismo, como política de gestión de la mano de obra que pervive en la minería hasta bien avanzado el siglo XX. Para la gestión de los riesgos la dirección de la empresa contará con el cuerpo médico recientemente ingresado en la industria. Aquí repaso la evolución de la medicina del trabajo en estas primeras décadas del siglo, cuando tenga que aplicar las nuevas disposiciones normativas sobre accidentes de trabajo. La legislación social juega un papel esencial a partir de la promulgación de la Ley de Accidentes de trabajo de 1900. En ella se establece la nueva responsabilidad del patrono frente a los accidentes del trabajo. La respuesta de los patronos a esa normativa consistirá en una interpretación restringida de la misma. El estado de la correlación de fuerzas en el espacio productivo, la capacidad de negociación de la población trabajadora, será analizada a través de la evolución del movimiento obrero en la cuenca. Impulsado por un ciclo de movilización creciente que culminará en los primeros años veinte, tendrá en todo momento que enfrentarse a una empresa con un enorme poder –que incluye ramificaciones en el aparato del Estado- y escaso interés en atender las demandas obreras. La situación se altera a partir del golpe de 1936, que modifica por completo el marco político de las relaciones laborales. Por ello concluyo este apartado describiendo el paso de la Guerra Civil por la cuenca de Peñarroya.

## **1. La Société Minière et Métallurgique de Peñarroya**

Como señala Nadal (1992), a partir del Decreto de 1817 que facilita el aprovechamiento minero a cargo de particulares, el plomo periférico predominará en



el panorama nacional a lo largo de cincuenta años. El desarrollo de la minería del plomo en las zonas del interior de la península ibérica tiene que esperar a la llegada de la *era ferroviaria* que, con unos costes asumibles, permitirá el transporte del carbón a las proximidades de las minas de plomo y de los galápagos resultantes de su metalurgia de base a los puertos de embarque.

La centralidad del transporte ferroviario queda reflejada en los orígenes de la SMMP. En 1868, la sociedad *Fives et Lille*, que había construido dos líneas férreas con ayuda de las cuales se llevaba el carbón cordobés a las minas de plomo de Linares, crea la *Société Houillère et Métallurgique de Belmez* (SHMB). En 1873, la apertura del ramal entre Belmez y Córdoba permite un ahorro considerable al traer el plomo de Linares a la cuenca cordobesa. La necesidad de mayores cantidades de combustible frente a las de mineral a fundir aconsejaba esta nueva política. La intención de la SHMB era la de sacar provecho de esta ventaja sirviéndose de la hulla de la mina El Terrible, en Peñarroya (junto a Belmez), para fundir las galenas de Berlanga (Badajoz), que debían recorrer una menor distancia. Sin embargo, cuando en 1877 los Rothschild muestran su interés en las minas de Badajoz, la SHMB se ve obligada a pactar con sus nuevos competidores. Es así como surge la *Société Minière et Métallurgique de Peñarroya* en octubre de 1881, con las acciones distribuidas entre la SHMB y los Rothschild. Mientras que la SHMB seguía dedicándose en exclusiva a la hulla, la SMMP se quedaba con las minas de plomo y la fundición de Peñarroya, abasteciéndose del carbón necesario a través de la primera. La dispersión de las explotaciones obligó a la SMMP a la creación de una red ferroviaria propia que poco a poco fue desarrollándose hasta alcanzar los 244 Km en 1928 (Nadal 1992).

Tras una década de actividad, la fundición de plomo de Peñarroya se encontraba al frente de las fundiciones españolas. La absorción de la SHMB por la SMMP se produjo en 1893 después de que, en la práctica, la extracción de hulla viniese estando supeditada a las necesidades de la industria plomera. El siguiente objetivo consistió en hacerse con el monopolio de la hulla cordobesa mediante una política de adquisición del resto de minas y demasías, tanto productivas como improductivas. Este proceso concluye en 1900 y da paso a una nueva etapa en la que ampliarán el número de minas metálicas, reforzarán las labores de beneficio y diversificarán las actividades industriales.

A lo largo de las primeras décadas del siglo XX, aunque de forma acelerada en los primeros años del siglo, la SMMP se hizo, mediante la creación de filiales con otras compañías o mediante la compra, con una serie de minas metálicas que garantizaban el suministro a su fundición de Peñarroya. Entre ellas destaca El Horcajo, cerrada en 1911 por agotamiento, y, especialmente, El Soldado. Situado en la localidad de Villanueva del Duque (Córdoba), El Soldado resultó ser, desde su apertura en 1906 y durante mucho tiempo, el más productivo de los filones peninsulares, cerrándose en 1933 por agotamiento.

Sin embargo, la SMMP “nació y se desarrolló como una verdadera empresa industrial, más preocupada aún por las actividades transformadoras que por las actividades extractivas” (Nadal 1992, p. 248). De tal forma que, con un suministro de mineral garantizado y una red adecuada de transporte, la empresa llevó a cabo una política de mejoras técnicas y de adquisición de las fundiciones rivales que la situaron

en el primer puesto de la producción nacional de plomo dulce y, en vísperas de la Primera Guerra Mundial, como el mayor productor mundial de plomo dulce (López-Morell 2003). Al mismo tiempo, extendía su actividad a la fabricación de otros productos derivados de su actividad principal y así comienza, desde 1908, con la recuperación del zinc, la fabricación de ácido sulfúrico, de superfosfatos y de textiles supeditados a sus otras producciones industriales.

La llegada de la Primera Guerra Mundial tuvo un primer efecto catastrófico para muchas empresas del sector que no pudieron afrontar la progresiva depreciación de los valores extranjeros. La SMMP aprovechó la ocasión para ocupar una posición central en el mercado mundial de plomo y desplazar así a sus pequeños competidores (López-Morell 2003). Desde esta situación, la compañía, entre 1916 y 1917, alcanzó su récord de producción de plomo fundido, se puso a la cabeza de los productores españoles de carbón y llegó también al máximo de trabajadores contratados en la cuenca de Peñarroya.

El fin de la Gran Guerra pone de manifiesto los problemas de sobreexplotación acumulados durante estos años. La actuación de la empresa ante esta amenaza consistió en el desarrollo de un programa de gastos e inversiones en investigación de nuevas prospecciones y desarrollo tecnológico que, “claramente contracíclico, mostraba el carácter decidido y emprendedor de la sociedad” (López-Morell 2003, p. 113). A comienzos de los años veinte, las medidas de protección del carbón nacional animaron a la empresa a completar la central eléctrica que había instalado en Peñarroya en 1919 con una nueva en Puertollano, abierta en 1924, destinada a “jugar un papel decisivo en la electrificación de la provincia de Ciudad Real” (Nadal 1992, p. 250).

En definitiva, a finales de los años veinte, la SMMP había sido capaz de superar las dificultades y salir reforzada de la crisis volviendo a sus cifras de producción de plomo y carbón. Más importante aún es su diversificación, con un apoyo cada vez mayor en otras actividades como la generación de electricidad, los abonos químicos y la producción de zinc. Ya en 1930, la fortaleza de la compañía contrastaba con la decadencia que se vivía en el sur de la península con el cierre inminente de San Quintín y el agotamiento de El Soldado.

La sociedad tiene en ese momento participaciones en más de 30 sociedades, completamente saneadas, y posee un importantísimo patrimonio industrial, repartido en cuatro continentes. Aunque, indudablemente, España ya no es ni volverá a ser el baluarte de esta empresa madura, convertida en una auténtica corporación multinacional (López-Morell 2003, p. 120).

## 2. La gestión de los riesgos laborales a comienzos del siglo XX

La gestión de los riesgos laborales en una gran empresa minera como la SMMP viene marcada, a lo largo de las primeras décadas del siglo XX, por los siguientes elementos:

1. El paternalismo como respuesta a los problemas de gestión de la mano de obra que seguirá estando vigente en el paso del siglo XIX al XX.
2. La legislación social que se desarrolla con el nuevo siglo definirá el nuevo marco normativo en el que tendrá que llevarse a cabo la gestión de la salud. La reducción de la discrecionalidad patronal que esta supone podía constituir una amenaza a la supervivencia del paternalismo.
3. La profesión médica, invitada recientemente a traspasar el umbral de entrada a la fábrica, estará llamada a cumplir un papel importante como cuerpo experto en la gestión de las nuevas obligaciones patronales establecidas por la ley.
4. La creciente organización del movimiento obrero, que opondrá la solidaridad de clase a la colaboración entre clases reclamada por el paternalismo, contribuirá por su parte a socavar los cimientos en los que este se apoya.
5. La irrupción de la Guerra Civil.

### 2.1. El paternalismo

Muñiz (2011, p. 724 y s.) describe el paternalismo como una política social de profundas raíces históricas:

El paternalismo no es más que una política social, si bien compleja de definir y cuyos fines se han resumido muy acertadamente en “attirer, sélectionner, retenir”, “loger, retenir, assimiler” o “atraer, fijar y disciplinar”. Hunde sus raíces en el patronato romano —relaciones socioeconómicas libres entre cliente y patrón— y en el medieval —v.g. las fundaciones de conventos—. Siempre se trata de un intercambio por el cual un vasallo consiente en situar su destino bajo los auspicios de un patrón que, a cambio de unos bienes o servicios, le otorga una protección benevolente. Más próximo al paternalismo industrial, el patronato parroquial ejercido por el cura sobre las almas de sus fieles servirá de inspiración, al parecer, a los creadores de la que pronto quedará configurada como nueva institución socioeconómica. De forma muy sintomática, existe un antecedente aún más inmediato, instaurado en Francia tras la revolución para facilitar y controlar la reinserción de los presos al cumplir su pena. En lo que hace a la industria, está generalmente admitido que las minas y la metalurgia, por el tipo de implantación y cualificación de la mano de obra que requieren, son pioneras en su adopción. En Europa suelen situarse las primeras experiencias en Bélgica en el primer cuarto del siglo XIX. Desde allí se extenderá a Francia y el que en estos dos países exista una tradición secular de jardinería no parece totalmente ajeno a que los huertos fueran contemplados como una parte integrante de estas políticas paternalistas. El paternalismo —relación informal de subordinación, como su nombre sugiere— tiende a constituir y mantener una mano de obra en número adecuado, controlar la reproducción física de la fuerza de trabajo y su correcta habituación a la vida

industrial fuera de la jornada laboral; aumentar la productividad mejorando las condiciones de vida y, en una fase más avanzada, evitar la extensión de ideologías obreristas. Como esta función no es asumible por un Estado liberal sin contravenir sus principios más elementales, por requerir una intromisión flagrante en la intimidad de sus administrados, serán los actores privados los que desempeñen este papel. Del mismo modo, cuando la proletarización hizo inviable la reproducción social general si no se desarrollaba a gran escala, el paternalismo tendió a su extinción a favor de las políticas estatales.

El paternalismo ha sido objeto de numerosos estudios realizados desde la Historia y otras disciplinas afines. En un reciente trabajo, A. Lamanthe (2011) engloba las explicaciones sobre el mismo en dos líneas principales:

1. Los trabajos realizados en los años setenta y ochenta, inspirados en los esquemas marxistas y foucaultianos, dibujan un paternalismo “comme modèle disciplinaire et domination absolue fondée sur une mystification idéologique”<sup>6</sup> (2011, p. 26). El paternalismo representaría la persistencia de “formes archaïques de rapports sociaux, non libres et non égalitaires, de vassalité et de sujétion personnelle propres à l'Ancien Régime”<sup>7</sup> (2011, p. 27). El paternalismo se concibe como una estrategia deliberada de los patronos buscando disciplinar a una mano de obra que, en un primer momento, no se encontraba socializada en el orden industrial y, en un segundo momento, se encontraba demasiado dispuesta a resistir y a contestar ese orden.
2. A finales de los ochenta surgen nuevos trabajos que revisan las interpretaciones anteriores y dibujan un nuevo marco en el que encuentran su espacio las posibilidades de acción de los diferentes actores. Para autores como Debouzy (1988), el paternalismo permite cierto margen de maniobra a los obreros que conservarían capacidad de resistencia y de reacción. El carácter recíproco de las obligaciones que conlleva el paternalismo proporciona un margen de actuación a los obreros que les permite desarrollar sus propias estrategias.

Desde este segundo enfoque, Noiriel diferencia entre patronazgo y paternalismo. En el primero, anterior en el tiempo, “l'action du patron est acceptée comme “naturelle”, “légitime”, par les ouvriers, du fait que le pouvoir du maître s'appuie sur les formes “traditionnelles” de domination qui régissent dans les sociétés rurales (notamment tout ce qui relève des rapports domestiques)”<sup>8</sup> (Noiriel 1988, p. 18). Las transformaciones que tienen lugar en los años finales del siglo XIX, entre ellas la aparición de la legislación social, ponen fin al patronazgo. Sin embargo, en las primeras décadas del siglo XX los problemas de escasez de mano de obra especializada siguen presentes. El

---

<sup>6</sup> “Como modelo disciplinario y de dominación absoluta fundamentado en una mistificación ideológica” (traducción propia).

<sup>7</sup> “Formas arcaicas de relaciones sociales, no libres y no igualitarias, de vasallaje y de sujeción personal propias del Antiguo Régimen” (traducción propia).

<sup>8</sup> “La acción del patrón es aceptada como “natural”, “legítima”, por los obreros, de manera que el poder del amo se apoya sobre las formas “tradicionales” de dominación que reinan en las sociedades rurales (especialmente aquellas que perpetúan las relaciones domésticas)” (traducción propia).

paternalismo sucede al patronazgo y se enfrenta a un problema común, la escasez de mano de obra, principalmente especializada. Pero existen puntos de fricción que los diferencian: el primero se encontraría en la disposición del paternalismo, a diferencia del patronazgo, a la contratación de trabajadores extranjeros. “Un autre aspect déterminant du paternalisme en opposition flagrante avec le patronage tient dans la mise en place d'un “contrôle total” sur la vie ouvrière”<sup>9</sup> (Noiriel 1988, p. 30). Noiriel no quiere hablar en términos de Disciplina (patronal) y Resistencia (obrero). En su lugar, prefiere entender el proceso histórico que lleva del patronazgo al paternalismo en términos de interdependencia:

Il s'agit en effet d'un processus dialectique où les patrons sont loin d'agir en toute liberté. Au contraire, la stratégie qu'ils mettent peu à peu en oeuvre, à tâtons, sans plan préconçu, constitue une réponse pour faire face à de nombreuses contraintes, la principale d'entre elles étant cette forme minuscule mais réelle de pouvoir que les ouvriers sont en mesure d'exercer sur eux : la dérobade<sup>10</sup> (Noiriel 1988, p. 35).

En su trabajo sobre el paternalismo industrial en Asturias, Sierra (1990) describe el *programa paternalista*, vigente durante la segunda mitad del siglo XIX y las dos primeras décadas del XX, como la combinación de las estrategias patronales de disciplinamiento productivo con las estrategias burguesas de disciplinamiento reproductivo, abundando en la idea de *control total* de Noiriel. Las primeras irían destinadas a producir al productor y a asegurar su eficiencia productiva mientras que las segundas buscarían garantizar la reposición y reproducción del proletariado en tanto que clase subalterna.

Siguiendo a Sierra, el primer problema al que debieron enfrentarse los patronos en los establecimientos industriales de nueva planta era el reclutamiento de una mano de obra que, aunque desposeída, mostraba poca disposición a incorporarse a las fábricas. El segundo problema consistía en la adaptación productiva o adquisición de los nuevos hábitos de productividad y regularidad del trabajo industrial. Si esta adaptación resultaba problemática en el caso de los trabajadores de origen campesino, que pasaban a incorporarse como trabajadores descualificados, planteaba mayores problemas con los trabajadores de oficio, que poseían mecanismos de resistencia con los que oponerse a los ritmos y hábitos de trabajo impuestos y a la parcelación de tareas. Para alcanzar esos objetivos hubo que poner en práctica las denominadas disciplinas industriales (Braverman).

La visión lineal de estas disciplinas industriales tomaría como punto de partida el *putting-out system* y el trabajo a destajo y llegaría hasta Taylor y la Organización Científica del Trabajo con el proceso de acopio de conocimientos por parte de la dirección. Un análisis histórico de esas disciplinas industriales, como el que propone

<sup>9</sup> “Otro aspecto determinante del paternalismo en oposición abierta con el patronazgo se encuentra en la puesta en práctica de un control total sobre la vida obrera” (traducción propia).

<sup>10</sup> “Se trata en efecto de un proceso dialéctico en el que los patronos están lejos de actuar con total libertad. Al contrario, la estrategia que ellos ponen poco a poco en marcha, a tientas, sin plan preconcebido, constituye una respuesta para hacer frente a numerosas limitaciones, la principal de ellas era esa forma minúscula pero real de poder que los obreros están en disposición de ejercer sobre ellos: quitarse de en medio” (traducción propia).

Sierra, nos lleva a considerar la puesta en práctica de diferentes tipos de disciplinamiento industrial en cada caso concreto. En las industrias en las que existía una fuerte división entre trabajadores especializados –resultado de un largo proceso de aprendizaje– y no especializados –fácilmente sustituibles–, la necesidad de fijar a los primeros llevó a la adopción de políticas de tipo paternalista desarrolladas tanto en el espacio productivo como en el espacio reproductivo. Las transformaciones que introduce la maquinización en la estructura de cualificaciones permitió, con el tiempo, la sustitución de estas políticas paternalistas por estrategias dirigidas a controlar el proceso de trabajo.

En la minería subterránea existía también una fuerte división entre trabajadores cualificados y no cualificados. El tiempo requerido para la formación de los primeros –en el caso de Peñarroya, no menos de 7 a 10 años previos, normalmente entre 11 y 14 años, de experiencia en la mina para el acceso a picador o entibador (Cohen et al. 2005)– unido a una práctica habitual de muchos obreros de desplazarse de una cuenca a otra, en un movimiento que constituía su principal instrumento de negociación, justificaba la existencia de políticas paternalistas de fijación de los trabajadores. En esta industria, las dificultades técnicas para la mecanización de las labores de arranque permitieron el mantenimiento de sus saberes por parte de los trabajadores de oficio. Esto explicaría la pervivencia de las políticas paternalistas en ella hasta bien entrado el siglo XX<sup>11</sup>.

## 2.2. La Medicina del Trabajo.

A lo largo del siglo XIX, la medicina contaba con un escaso conocimiento empírico de la realidad en el interior de las industrias. Al calor de la ideología liberal, la medicina se había detenido a la puerta de la fábrica –un espacio entendido como ámbito privado–, limitando su intervención sobre la salud obrera al exterior de la misma. El programa higiénico de mediados del XIX promovía “actuaciones sobre el medio fabril y, sobre todo, sobre el medio urbano, además de medidas de educación integral para la nueva clase obrera. [...] La mayor atención la exigían el cuidado higiénico de las viviendas y la alimentación” (Rodríguez Ocaña y Menéndez Navarro 2005, p. 59). El programa higienista contemplaba también una vertiente moralizadora de la clase obrera: “Incluso las medidas higiénicas más elementales, como la limpieza corporal, se aconsejaban no por su valor saludable sino a causa de su vecindad con el orden, la regularidad y la economía y su alejamiento del vicio y la degradación” (Rodríguez Ocaña y Menéndez Navarro 2005, p. 60). En la representación médica que se hace de la clase obrera a mediados del XIX, se aprecia el abismo social que media entre unos y otros: “El obrero es POBRE, y fuerza es socorrerle y ayudarle; el obrero es IGNORANTE, y se hace de urgencia el instruirle y educarle; el obrero tiene INSTINTOS AVIESOS y no hay más recurso que moralizarle, si se quiere que las sociedades o estados tengan paz y armonía, salud y prosperidad” (Monlau, 1856, citado en Rodríguez Ocaña y Menéndez Navarro 2005, p. 61).

---

<sup>11</sup> Hay que hacer notar en este punto que el programa paternalista descrito por Sierra se compone de un conjunto de actuaciones sobre el espacio productivo y reproductivo. La visión de esta política paternalista que nos llega a través de nuestra documentación, el Archivo del Hospital Minero, tiene un foco mucho más restringido.

En el último tercio del siglo XIX se observa un cambio en el discurso médico que comienza a interesarse por la seguridad y salubridad industriales (Rodríguez Ocaña y Menéndez Navarro 2005). Comienzan en esta época a crearse servicios médicos en las grandes empresas –principalmente mineras y de ferrocarriles– como parte de un programa paternalista más amplio o bien como consecuencia del Reglamento de policía minera de 1897. La medicina comienza entonces a reclamar su espacio como mediadora en el conflicto industrial asegurando obediencia a cambio de mejoras en las condiciones de seguridad e higiene: “la medicina ofrecía una intervención conciliadora, capaz de conseguir ambos efectos, la disciplina y la seguridad obrera, desde una base científica” (Rodríguez Ocaña y Menéndez Navarro 2005, p. 60).

En el cambio de siglo surge la nueva LAT y con ella la demanda de un cuerpo médico para su gestión. Los servicios médicos se organizaron en torno a una nueva especialidad, la *medicina de accidentes*, con un enfoque ortopédico-traumatológico (Rodríguez Ocaña y Menéndez-Navarro 2006). “La ley exigía un estilo diferente de atención médica (que primaba la rapidez en la recuperación), como pedía nuevos conocimientos expertos, tanto clínicos, industriales y legales o forenses, y convertía al médico en ‘poderoso guía de la justicia’” (Rodríguez Ocaña y Menéndez-Navarro 2006, p. 83). Surgen unos servicios médicos asalariados que poco a poco van acumulando conocimientos sobre salud laboral. Se gesta una *medicina de empresa* (Cohen y Fleta 2012; Cohen y Ferrer 1992) que aplica y hace suyos los criterios patronales de gestión de la fuerza de trabajo.

En 1922 se crea el Instituto de Rehabilitación Profesional y se sitúa al frente de él a Antonio Oller (1887-1937), con experiencia en trabajadores accidentados. Con posterioridad se convierte en director médico del Instituto Nacional de Previsión, y funda la Clínica de Medicina del Trabajo de ese mismo instituto, inaugurada en abril de 1933. Desde su puesto, lleva a cabo una intensa labor pedagógica y la publicación del primer manual de la nueva especialidad *Medicina del trabajo* en 1934 (Rodríguez Ocaña y Menéndez-Navarro 2006). La medicina del trabajo “justificaba su valor social por incrementar la productividad y por el ahorro que suponía para las empresas la rápida y adecuada recuperación de la mano de obra” (Rodríguez Ocaña y Menéndez-Navarro 2006, p. 84).

La Organización Científica del Trabajo, que alcanzaría notoriedad en nuestro país a partir de los años veinte, cambia la comprensión de los siniestros laborales destacando el protagonismo del factor humano. En consecuencia, “la personalidad del obrero, o el ‘factor constitucional’, se configura como clave en cualquier estrategia eficaz de prevención” (Rodríguez Ocaña y Menéndez-Navarro 2006, p. 85). “La tarea preventiva debía volcarse en la adecuada orientación y selección profesionales, distribuyendo científicamente a los trabajadores entre las diversas actividades productivas según sus ‘aptitudes naturales’” (Menéndez Navarro 2007, p. 182). Todo ello reclama la intervención del juicio experto en la valoración de la mano de obra. El criterio médico debía permitir la valoración y clasificación de la mano de obra de acuerdo a criterios científicos.

Pero este juicio médico no solo irá dirigido a la valoración y la clasificación de la mano de obra. Las decisiones facultativas sometían determinados aspectos conflictivos de la relación entre capital y trabajo al dominio del conocimiento experto, alejado así

de la comprensión por los legos, secuestrado del ámbito de la discusión. En Francia, la segunda década del siglo será testigo del florecimiento de una nueva especialidad, la fisiología del trabajo. La principal tarea asignada a esta especialidad era, entre otras, la de “arbitrer, par le résultat de l'étude scientifique, les conflits entre ouvriers et employeurs, en réglant par la science l'antagonisme entre travail et capital. En pratique, ce *credo* fait basculer les physiologistes du travail vers un point de vue gestionnaire et rationalisateur”<sup>12</sup> (Buzzi, Devinck y Rosental 2006, p. 22, cursiva en el original). De esta manera, el conocimiento experto aportará la legitimación científica que permitirá el paso a una dominación de tipo racional (Weber).

### 2.3. La legislación social

Si bien la segunda mitad del siglo XIX es testigo del desarrollo de una incipiente legislación social, el hecho de su escasa repercusión práctica lleva a Castillo (2007) a señalar el año de 1900 como el que marca el inicio del intervencionismo estatal en las relaciones laborales a través de la actuación legislativa. En efecto, tras décadas de proyectos que no llegaron a ser sancionados legalmente o incluso de leyes que tras ser promulgadas no llegaron nunca a ser aplicadas, se publican en ese mismo año de 1900 dos leyes de tanta importancia como la Ley de Accidentes del Trabajo (LAT) de 30 de enero y la que regula el trabajo de mujeres y niños (13 de marzo). El impulso continúa tres años más tarde con la creación del Instituto de Reformas Sociales. En palabras de Santiago Castillo (2007, p. 39):

El corto período que va de la promulgación de las leyes del trabajo de mujeres y niños y de accidentes del trabajo a la creación del IRS -1900-1903- iba a suponer una especie de trienio fundacional o de arranque de lo que en términos genéricos ha devenido en llamarse el proceso de reforma social en España.

La LAT supone el cuestionamiento de los principios liberales que habían gobernado en los comienzos del capitalismo: “la crisis de la concepción liberal de la organización de la producción como espacio en el que se relacionan individuos libres y autónomos” (Bilbao Sentís 1997, p. 41). El enfoque liberal consideraba la relación patrono-trabajador como un pacto entre ciudadanos libres e iguales, pacto este regulado por el código civil. La legislación social supone la irrupción del Estado en el ámbito hasta entonces privado de la producción a partir de la afirmación de la desigualdad de las partes. Esta desigualdad debía ser compensada mediante la acción protectora del Estado.

La aparición del derecho del trabajo, como una excepción al código civil, estuvo asociada a un cambio en la significación de la puerta de la fábrica. Ya no era un simple lugar de tránsito sin consecuencias, sino la señal que dividía dos mundos. El mundo de la producción, establecido sobre la relación desigual, y el mundo exterior a la producción, el de los individuos libres e iguales. El derecho del trabajo tenía su anclaje en el mundo de la fábrica, en las relaciones sociales desiguales (Bilbao Sentís 1997, p. 42).

---

<sup>12</sup> “Arbitrar, a partir del resultado del estudio científico, los conflictos entre obreros y empleadores, regulando por la ciencia el antagonismo entre trabajo y capital. En la práctica, este *credo* hizo bascular a los fisiólogos del trabajo hacia una perspectiva de gestión y racionalización” (traducción propia).



Del reconocimiento de la relación desigual entre patronos y trabajadores, del reconocimiento de la subordinación del trabajador al patrono, surge la responsabilidad del patrono: “El patrono es responsable de los accidentes ocurridos á sus operarios con motivo y en el ejercicio de la profesión ó trabajo que realicen, á menos que el accidente sea debido á fuerza mayor, extraña al trabajo en que se produzca el accidente” (Art. 2º de la LAT). Esto supone, de hecho, la inversión de la carga de la prueba que, con anterioridad, recaía en el trabajador. A partir de este momento es el patrono el que debe demostrar la culpabilidad del trabajador para eximirse del pago de la indemnización correspondiente.

De la mano de la inversión de la carga de la prueba viene, para Bilbao, la normalización del accidente de trabajo:

Cuando la carga de la prueba recae sobre el trabajador, [...] el accidente de trabajo es un acontecimiento extraordinario. La normalización del accidente de trabajo vino de la mano de la inversión de la carga de la prueba, cuando es al patrono a quien corresponde mostrar que el accidente es responsabilidad del trabajador. [...] Lo que se iba a dirimir es si el accidente era un acontecimiento fortuito, y por tanto excepcional, o era, por el contrario, algo vinculado a la organización de la producción, y por tanto, un hecho normal, que acompañaba necesariamente al desarrollo de las sociedades industriales (Bilbao Sentís 1997, p. 39).

La legislación social contribuirá con el tiempo a limitar el margen de intervención del paternalismo presente en las relaciones laborales. La nueva norma supone una amenaza cierta a la discrecionalidad patronal. La universalidad de sus criterios atentaría contra los amplios márgenes de actuación de la autoridad paternalista: “Le patron paternaliste [...] refuse l'immixtion de tiers dans ses affaires et dans les relations qu'il entretient avec des salariés”<sup>13</sup> (Lamanthe 2011, p. 40). El *automatismo reparador* (Cohen y Fleta 2012) de la ley resta terreno a la concesión graciable del patrón. Toda vez que el beneficio es obtenido por derecho, deja de ser una muestra de su magnanimidad, de una magnanimidad que era condición de eficacia del paternalismo: “Légaliser une relation de bienfaisance revient en effet à la détruire, à l'annuler comme relation de pouvoir [...]. Pour les patrons, en effet, le droit c'est la guerre”<sup>14</sup> (Ewald 1986, p. 135).

### **2.3.1. Principales disposiciones normativas en materia de accidentes de trabajo**

A continuación presento una relación de las principales disposiciones normativas que afectan a la gestión de los accidentes laborales que se llevaba a cabo en el Hospital Minero de Peñarroya.

#### *“Reglamento de Policía minera” de 18 de julio de 1897*

---

<sup>13</sup> “El patrón paternalista rechaza la intervención de terceros en sus asuntos y en las relaciones que mantiene con sus asalariados” (traducción propia).

<sup>14</sup> “Legalizar una relación de beneficencia produce en efecto su destrucción, su anulación como relación de poder [...]. Para los patronos, en efecto, el derecho es la guerra” (traducción propia).

En su artículo 28, el Reglamento establece que las minas están obligadas a disponer de un servicio sanitario con un médico en un radio inferior a 10 km y disponer de botiquín, camilla y una habitación para la cura con idea de atender a aquellos que no puedan ser trasladados a otro sitio.

### *LAT de 30 de enero de 1900 “acerca de los accidentes del trabajo”*

Define, en su artículo primero, el accidente de trabajo:

Para los efectos de la presente ley, entiéndese por accidente toda lesión corporal que el operario sufra con ocasión ó por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena.

Establece las indemnizaciones por accidente:

Art. 4.º Los obreros tendrán derecho á indemnización por los accidentes indicados en el art. 2.º (que establece la responsabilidad patronal ante el accidente), que produzcan una incapacidad de trabajo absoluta ó parcial, temporal ó perpetua, en la forma y cuantía que establecen las disposiciones siguientes:

1.ª Si el accidente hubiese producido una incapacidad temporal, el patrono abonará á la víctima una indemnización igual á la mitad de su jornal diario desde el día en que tuvo lugar el accidente hasta el en que se halle en condiciones de volver al trabajo.

Si transcurrido un año no hubiese cesado aún la incapacidad, la indemnización se regirá por las disposiciones relativas á la incapacidad perpetua.

2.ª Si el accidente hubiese producido una incapacidad permanente y absoluta para todo trabajo, el patrono deberá abonar á la víctima una indemnización igual al salario de dos años; pero solo será la correspondiente á diez y ocho meses de salario, cuando la incapacidad se refiera á la profesión habitual, y no impida al obrero dedicarse á otro género de trabajo.

3.ª Si el accidente hubiese producido una incapacidad parcial, aunque permanente, para la profesión ó clase de trabajo á que se hallaba dedicada la víctima, el patrono quedará obligado á destinar al obrero con igual remuneración á otro trabajo compatible con su estado, ó á satisfacer una indemnización equivalente á un año de salario á elección del patrono.

El patrono se halla igualmente obligado á facilitar la asistencia médica y farmacéutica al obrero hasta que se halle en condiciones de volver al trabajo, ó por dictamen facultativo se le declare comprendido en los casos definidos en los números 2.º y 3.º del presente artículo y no requiera la referida asistencia, la cual se hará bajo la dirección de facultativos designados por el patrono.

### *Reglamento de 28 de julio de 1900 “para la aplicación de la Ley de 30 de enero acerca de los accidentes del trabajo”*

Establece las obligaciones de los facultativos:

Art. 6º Se acudirá en el primer momento en demanda de los auxilios sanitarios más próximos; pero en el curso de la dolencia, la dirección de la asistencia médica corresponde á los Facultativos designados por el patrono.

Art. 18º Los Facultativos [designados por el patrono] están obligados a librar las siguientes certificaciones:

- 1.ª En cuanto se produzca el accidente, la de hallarse el obrero incapacitado para el trabajo.
- 2.ª En cuanto se obtenga la curación, la de hallarse el obrero en condiciones de volver al trabajo.
- 3.ª En cuanto se obtenga la curación, resultando incapacidad, la en que se califique la incapacidad.
- 4.ª En caso de muerte, la certificación de defunción.

Las certificaciones anteriores debían hacerse llegar a la Autoridad gubernativa en un plazo no superior a 24 horas (art. 20º).

*Reglamento de 8 de julio de 1903 "para la declaración de incapacidades por causa de accidentes de trabajo"*

Regula la incapacidad parcial, temporal y absoluta y la incapacidad permanente.

Art. 4.º La curación del obrero lesionado será declarada por los Facultativos con arreglo á las siguientes conceptuaciones:

- A) Curación, sin incapacidad.
- B) Curación, con incapacidad [En caso de esta última, se procede a valorar la incapacidad según los siguientes artículos].

Art. 8.º Son incapacidades absolutas:

- A) La pérdida total, ó en sus partes esenciales, de las dos extremidades superiores, de las dos inferiores, ó de una extremidad superior y otra inferior, conceptuándose para este fin como partes esenciales la mano y el pie.
- B) La lesión funcional del aparato locomotor, que puede reputarse, en sus consecuencias, análoga á la mutilación de las extremidades, en las mismas condiciones indicadas en el apartado A.
- C) La pérdida de los dos ojos, entendida como anulación del órgano o pérdida total de la fuerza visual.
- D) La pérdida de un ojo, con disminución importante de la fuerza visual en el otro.
- E) la enajenación mental incurable.
- F) Las lesiones orgánicas o funcionales del cerebro y de los aparatos circulatorio y respiratorio, ocasionadas directa é inmediatamente por acción mecánica ó tóxica del accidente, y que se reputen incurables.

Art. 9.º Son incapacidades parciales:

- A) La pérdida de la extremidad superior derecha, en su totalidad ó en sus partes esenciales, considerándose partes esenciales la mano, los dedos de la mano en su totalidad, aunque subsista el pulgar, ó, en igual caso, la pérdida de todas las segundas y terceras falanges y la sola pérdida completa del pulgar.

B) La pérdida de la extremidad superior izquierda, en su totalidad ó en sus partes esenciales, conceptuándose partes esenciales la mano y los dedos de la mano en su totalidad.

C) La pérdida de una de las extremidades inferiores, en su totalidad ó en sus partes esenciales, conceptuándose parte esencial el pie, y en éste los elementos absolutamente indispensables para la sustentación y la progresión.

D) Las lesiones funcionales que por anulación de alguna extremidad, ó de partes esenciales de la misma puedan conceptuarse análogas á las mutilaciones materiales expresadas en los indicados anteriores.

E) La cófosis ó sordera absoluta.

F) La pérdida ó ceguera de un ojo.

G) Las hernias inguinales ó crurales, simples o dobles.

Establece el cuadro de valoraciones para el cálculo de la incapacidad absoluta mediante la suma de disminuciones parciales de la capacidad.

Establece la incapacidad por hernia.

*Real Decreto de 15 de marzo de 1917 por el que se modifica el Reglamento de 8 de julio de 1903*

Añade la hernia umbilical al cuadro de valoraciones.

Limita la indemnización en concepto de incapacidad permanente por hernia a los casos demostrados de hernia de fuerza o de accidente.

Faculta a los patronos a llevar a cabo reconocimientos previos a la entrada al trabajo en los que se establezca la predisposición a padecer hernias.

3.º Se añadirán los artículos siguientes en el referido Reglamento [de 8 de julio de 1903 para la declaración de incapacidades]:

Art. 16. Para la declaración de la incapacidad producida por una hernia, sea la que fuere su especie, pero más especialmente si se trata de una hernia inguinal, será precisa la práctica de una información médica, en la que se hará constar:

1.º Los antecedentes personales del sujeto observado y los resultados de los exámenes anteriores que haya sufrido.

2.º Las circunstancias del accidente [...]

3.º Los síntomas observados en el momento del accidente y en los días sucesivos [...]

4.º Los caracteres de la hernia producida [...]

Art. 17. Se autoriza a los patronos a que sometan á los operarios que hayan de admitir, á un reconocimiento médico previo, desde el punto de vista especial de su predisposición á padecer cualquier clase de hernia. El resultado de ese reconocimiento se hará constar en un libro que se llevará al efecto, [...]

Art. 18. No se concederá indemnización alguna por hernia, en el concepto de incapacidad permanente, mientras de la información médica que establece el

artículo 16, no resulte comprobado plenamente que se trata de una verdadera hernia de fuerza o hernia por accidente.

*Real Decreto de 19 de Junio de 1919 "reformando y ampliando otro de 15 de marzo de 1917 sobre reconocimiento previo de las hernias"*

Reforma y amplía el Real decreto de 15 de marzo de 1917 con el siguiente artículo 19:

Art. 19. Todo obrero estará obligado a sufrir el reconocimiento médico prescrito en el art. 17. La negativa del mismo a someterse a este reconocimiento se consignará en el libro especial indicado en el mencionado artículo.

Si el obrero reconocido no estuviera conforme con la opinión facultativa del médico nombrado por el patrono, podrá nombrar otro por sí, para que le reconozca nuevamente, ateniéndose a su resultado cuando coincidan los dos diagnósticos.

La falta del reconocimiento médico del obrero, por negativa completa a cualquiera de las formalidades establecidas, dará lugar a la presunción *juris tantum* de que éste padecía con anterioridad una hernia o reunía condiciones orgánicas constituyentes de una predisposición a la misma.

*LAT de 10 de enero de 1922 "reformada, relativa a los accidentes del trabajo"*

Establece la indemnización por incapacidad temporal hasta la cura en tres cuartas partes del jornal.

Incorpora al cuadro de valoración de las incapacidades la modificación relativa a las hernias recogidas en el Real Decreto de 15 de marzo de 1917 que establecía la información a recabar en caso de incapacidad por hernia y autorizaba a los patronos a someter a los obreros a un reconocimiento médico previo a la admisión.

En el apartado 4º del artículo 4º ya no figura la posibilidad que tenía con anterioridad el patrono, en caso de incapacidad parcial del trabajador, de elegir entre el pago de la indemnización o la incorporación del trabajador con la misma retribución. Únicamente se prevé el pago de la indemnización equivalente a un año de salario.

*Reglamento de 29 de diciembre de 1922 "para la aplicación de la ley reformada relativa a los accidentes del trabajo, de 10 de Enero de 1922"*

Establece las certificaciones que deben librar los Facultativos:

Artículo 27. Los Facultativos que asistan al lesionado están obligados a librar las siguientes certificaciones:

1ª En cuanto se produzca el accidente, la de hallarse el obrero incapacitado para el trabajo.

2ª En cuanto se obtenga la curación, la de hallarse el obrero en condiciones de volver al trabajo, entendiéndose por curación, en este caso, que el lesionado se halle en plena capacidad para el ejercicio del oficio que realizaba.

3ª En cuanto se obtenga la curación, resultando incapacidad, la en que se califique ésta.

4ª Cuando el accidente exija un tratamiento de más de once meses, el obrero podrá exigir, a los efectos del párrafo segundo de la disposición primera del artículo 4º de la ley, antes de que transcurra el año, un certificado del estado en que se encuentre.

5º En caso de defunción, la certificación de defunción, en la que se hará constar la causa inmediata de ésta.

En lo relativo a las hernias, recoge lo establecido en los Reales decretos de 1917 y 1919 (Art. 93 y 94).

### *LAT de 8 de octubre de 1932 “Texto refundido de la Ley de Accidentes del trabajo en la industria”*

El artículo 26 establece el pago de las indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente “en forma de renta”. No obstante, “las indemnizaciones podrán ser abonadas, en totalidad o en parte, en forma de capital, a solicitud del accidentado o de sus derechohabientes [...]”. En este caso, una comisión “[...] examinará las circunstancias del caso, apreciará si se ofrecen garantías de empleo juicioso del capital que se haya de abonar y decidirá libremente la denegación de la solicitud o accederá a ella [...]”.

Inaugura la obligatoriedad para los patronos de asegurar a los obreros frente al riesgo de accidente. Con anterioridad, la contratación de este seguro era voluntaria.

### *Reglamento de 31 de enero de 1933 “de la Ley de Accidentes del trabajo en la Industria”*

En lo relativo a hernias, recoge con otra redacción lo establecido en el Reglamento de 1922 (art. 17 a 23).

En art. 20 define los “*síntomas preferentes para calificar una predisposición a la hernia*”:

Art. 20. Los patronos o las entidades aseguradoras podrán exigir de los obreros que vayan a ser admitidos al trabajo el que se sometan a un reconocimiento médico previo, desde el punto de vista especial de la predisposición a padecer cualquier clase de hernia.

Se consideran síntomas preferentes para calificar una predisposición a la hernia inguinal la gran dilatación del anillo inguinal externo, el choque visceral contra los dedos introducidos en el canal y la desaparición del canal inguinal; para la hernia umbilical, la debilidad de los músculos de la pared abdominal y la ptosis visceral.

El resultado de ese reconocimiento se hará constar en un libro [...].

#### **2.3.2. La delimitación del accidente de trabajo**

Uno de los problemas a los que debió enfrentarse la nueva ley giraba en torno a la definición y la aplicación del concepto de accidente de trabajo. Para los vocales elegidos por la clase obrera, tal y como expresan en su propuesta de modificaciones a

la ley, la fórmula final escogida por el legislador permitía una interpretación amplia del concepto de accidente de trabajo. Si el proyecto consideraba accidente “la lesión corporal producida por la acción *súbita y violenta de una fuerza exterior*” (Gómez Latorre et al. 1904, p. 5 subrayado en el original), la elección final del legislador quedaba en “toda lesión corporal que el operario sufra con ocasión ó por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena”, lo que justificaba el razonamiento de los vocales obreros. Sin embargo, la aplicación efectiva de la ley estaría mucho más próxima al texto del proyecto que a la redacción final de esta última.

De acuerdo con los testimonios que recoge Montero (1988, p. 153), la patronal se decantará desde el principio por la versión restringida. Así, en el Congreso de Seguros Sociales de Bilbao de 1902, se propone una nueva definición: “todo hecho que produzca una lesión corporal ocasionada por una causa exterior, fortuita, súbita, violenta e involuntaria”. La consecuencia que debe derivarse de ella es la negativa a que “puedan dar lugar a indemnización las complicaciones o agravaciones que puedan resultar de las enfermedades crónicas [...]”, dejando fuera del amparo de la ley las enfermedades de formación lenta, incluidas las enfermedades profesionales. Para Pedro Estasen, que se hace eco del Congreso mencionado, la interpretación que debe hacerse de la ley es que “hay accidentes siempre que concurren los requisitos siguientes: 1.º Que sea involuntario. 2.º Que haya podido y debido evitarse y no se haya evitado. 3.º Que no sea debido a debilidad u otra condición orgánica del lesionado”. Para asegurar la prevalencia de sus posiciones, la patronal desplegará una campaña para la limitación del accidente de trabajo al suceso fortuito y violento que culminará con la modificación normativa introducida para el caso de las hernias con el art. 18 del RD de 15 de marzo de 1917. Al mismo tiempo, se asegurará que la ley se aplique en su sentido más restrictivo.

Esta lectura restringida fue también la mayoritaria en el cuerpo médico, que estaba destinado a aplicar la ley, “los médicos de comienzos del siglo XX en general asumieron la concepción legal de accidente más restrictiva, incorporando de esta forma una primera mirada reduccionista a los daños derivados de la actividad laboral” (Menéndez Navarro 2007, p. 177).

Frente a esta visión, los vocales obreros defienden que la ley ha optado de manera explícita por una interpretación amplia del concepto de accidente de trabajo “Conforme á la ley, es accidente el que sobreviene de modo imprevisto ó constante, por acción violenta ó sin ella, es decir, *con ocasión ó por consecuencia del trabajo*” (Gómez Latorre et al. 1904, p. 5 subrayado en el original). De esta manera, la ley es incluso “favorable á la inclusión de la enfermedad profesional” (Gómez Latorre et al. 1904, p. 5) y es por ello que incluye, en la relación de industrias afectadas por la norma, aquellas en las que se trabaja con materias “insalubres o tóxicas” (art. 3º, 5). En consonancia con esto, los vocales obreros proponen incluir la enfermedad profesional en la definición de accidente de la LAT:

Y á fin de que impere un criterio uniforme, los Vocales que suscriben proponen que el párrafo inicial del artº 1º de la ley quede redactado en estos términos: “Para los efectos de la presente ley, entiéndese por accidente toda lesión corporal ó enfermedad, debida al ejercicio habitual de un oficio, que el operario sufra con ocasión ó por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena, etc.” (Gómez Latorre et al. 1904, p. 5).

Finalmente quedó excluida toda enfermedad de formación lenta –y entre ellas las enfermedades profesionales– en contra de la postura defendida por los vocales obreros. La interpretación avanzada por la patronal en el Congreso de Bilbao se impuso por la vía de los hechos y las indemnizaciones por enfermedad profesional hubo que arrancarlas en sede judicial<sup>16</sup>.

Las demandas obreras en este sentido siguieron presentes y variados fueron los intentos de generar una ley que amparase la enfermedad profesional, pero nunca terminaron de salir a la luz: “Salvando, si acaso, una excepción muy relativa (con la anquilostomiasis), y el intento abortado del Frente Popular con su Ley de bases de la enfermedad profesional, de julio de 1936, el reconocimiento no se inició, y muy parcialmente, hasta los años cuarenta del siglo pasado” (Cohen y Fleta 2012, p. 145). En la reforma de 1936 las principales discusiones se centraron en torno a la lista de enfermedades. La patronal apostaba por “restringir la lista a la incluida en el convenio de la OIT de 1925” (Menéndez Navarro 2007, p. 183). Los sindicatos obreros quisieron incorporar un listado amplio “que incluía intoxicaciones tanto como dolencias ligadas a la inhalación de polvos, exposición a radiaciones y procesos infecciosos” (Menéndez Navarro 2007, p. 183). La ley optó finalmente por un modelo de listas, más restrictivo, incorporando las incluidas en el convenio de 1925 y su revisión de 1934. Con posterioridad, en 1941, se establece el seguro de silicosis y en 1947 el seguro de enfermedades profesionales. En ese primer desarrollo de la cobertura por enfermedad profesional en nuestro país, la silicosis ejerció un auténtico monopolio. Monopolio en cuanto a la compensación pero también monopolio en cuanto a los mecanismos de detección se refiere (Cohen y Ferrer 1992).

### *La particularidad de las hernias*

Las sucesivas leyes de accidentes apenas variarán el cuadro de incapacidades definido en el Reglamento de 1903. La excepción se encuentra en las hernias y ha sido descrita en un trabajo anterior (Cohen y Fleta 2011). Los patronos, ante el temor de verse inundados por una avalancha de indemnizaciones, desarrollaron una intensa campaña que culminó en el Reglamento de 1917 con la limitación de las indemnizaciones por hernias:

No se concederá indemnización alguna por hernia, en el concepto de incapacidad permanente, mientras de la información médica que establece el artículo 16 no resulte comprobado plenamente que se trata de una verdadera hernia de fuerza o hernia por accidente (art. 18).

Junto a ella, la cobertura legal a los reconocimientos médicos permitía, por la vía del registro de las predisposiciones, reducir a nada las indemnizaciones por este concepto. La norma, de hecho, proporcionaba cobertura legal a la práctica que venía

---

<sup>16</sup> Aunque sin mucho éxito de acuerdo con lo que describen Cohen y Ferrer (1992). De 1901 a 1930 el Tribunal Supremo falla en 343 ocasiones sobre accidentes de trabajo en minas, fundiciones y canteras. Del 45% que no eran accidentes, dos tercios se presentaron a instancia de la parte obrera y el resto por la patronal. De las primeras, tan solo el 10,7% fueron estimadas en todo o en parte. De las presentadas por la patronal fueron estimadas el 59%.



desarrollando la SMMP. En consecuencia, el número de hernias y de predisposiciones a las mismas es mayoritario en nuestra documentación, hasta el cierre del periodo de observación; sin embargo, prácticamente no encontramos indemnización alguna por hernia a lo largo de todo el periodo.

## 2.4. El movimiento obrero en la cuenca de Peñarroya

Si la legislación social limita la discrecionalidad patronal, principal mecanismo paternalista, el movimiento obrero socava sus condiciones de posibilidad: la legitimidad de sus actuaciones. La solidaridad obrera constituye otro enemigo a batir por las políticas paternalistas. Donde este último habla de relaciones paternofiliales, la primera pone de manifiesto el conflicto de intereses entre unos y otros. El movimiento obrero reclamaba la solidaridad de clase frente a la colaboración entre clases paternalista. La creciente preocupación que generaba en medios patronales el movimiento obrero hizo que la lucha contra el mismo se convirtiese en objetivo de estas políticas.

La historia del movimiento obrero en la cuenca de Peñarroya es la historia de una movilización y organización creciente de los trabajadores que alcanza su mayor logro en la huelga de 1920, en los años posteriores al momento de mayor contratación de mano de obra en la cuenca, los años del *Trienio Bolchevique*<sup>17</sup>. A partir de esa fecha, la actividad sindical sufrirá una serie de derrotas consecutivas que, combinadas con la Guerra Civil y la caída de la actividad y la contratación en los pozos, marcarán el cierre de una etapa.

Según García Parody<sup>18</sup>, la movilización obrera hasta 1914 era de tipo antiguo, marcada por las crisis de subsistencia que afectaban sobre todo al sector agrario y con escasa repercusión en los trabajadores de la mina. Durante este tiempo, la SMMP se encontraba en plena expansión y, frente a ella, los trabajadores carecían de una organización eficaz.

En 1891 hay una primera movilización posterior a la primera celebración del uno de Mayo. La comarca se paraliza en un conflicto de 15 días en el que se reclama la jornada de ocho horas y la supresión del destajo. La respuesta de la empresa contó con la aquiescencia de las autoridades que enviaron a la fuerza pública produciéndose cargas y encarcelamientos de dirigentes. La huelga se cerró con la derrota de los trabajadores. Desde ese momento se pondrán en evidencia dos características que acompañarán las movilizaciones durante todo este tiempo. Por una parte, la subordinación del aparato estatal a los intereses de la empresa<sup>19</sup>. Por otro, la negativa de la empresa a pactar con los trabajadores y sus representantes.

Con la entrada del siglo XX continúan reproduciéndose los conflictos a pequeña escala en los que se enfrentaba una organización obrera incipiente a una gran empresa que aprovechaba su fuerza y los vínculos con los poderes públicos para evitar el éxito

---

<sup>17</sup> Para una revisión del concepto, véase González (1999).

<sup>18</sup> A partir de aquí sigo la evolución del sindicalismo en Peñarroya que dibuja García Parody (2009).

<sup>19</sup> El conde de Romanones era accionista de la SMMP y como tal fue receptor de los importantes beneficios generados a lo largo de la Primera Guerra Mundial (García Parody 2009, p. 73).

de cualquier reclamación obrera. En mayo de 1901, en un nuevo episodio, los trabajadores vuelven a pedir la jornada de ocho horas y un aumento salarial de una peseta. La huelga se prolongó por espacio de 15 días con presencia de la Guardia Civil en la zona. La falta de apoyo sindical hizo que su capacidad de resistencia fuese muy reducida y finalmente los obreros se reintegraron a sus puestos de trabajo.

Hasta 1910 se vive una situación de calma en la cuenca. En 1911, la sociedad “La Lucha”, recién integrada en la UGT, prepara un nuevo conflicto para septiembre. El conflicto dio comienzo en las minas y se extendió a las fundiciones y ferrocarriles generalizándose por toda la cuenca. A finales de septiembre la Guardia Civil detiene a los dirigentes de la sociedad obrera, clausura la Casa del Pueblo de Belmez y destituye al alcalde de la localidad por solidarizarse con los huelguistas.

### *De 1914 a la huelga de 1920*

Con la llegada de la Primera Guerra Mundial mejoró la cuenta de resultados de la empresa al tiempo que se endurecieron las condiciones de trabajo para los obreros: aumentaron las tareas que se veían obligados a realizar y empeoraron las condiciones de seguridad. El resultado no se hizo esperar: el 4 de marzo de 1915 tiene lugar una explosión en Cabeza de Vaca con un saldo de 15 muertos (Cohen et al. 2006, p. 78 y s.), provocando la protesta de los mineros. En ese mismo año, un paro en demanda de un aumento salarial de 0,50 pesetas comienza en La Parrilla y termina extendiéndose al resto de la cuenca. De nuevo encontramos cerrazón en la empresa y, por parte de los trabajadores, la falta de una organización sindical de apoyo. Los obreros aguantaron 20 días de huelga hasta que finalmente obtuvieron de la empresa una gratificación de entre 10 y 25 pesetas, aunque sin alcanzar la mejora salarial demandada.

En 1916 se constituye el **Sindicato Minero Metalúrgico de Peñarroya** que se integra en la UGT dos meses después. Al año siguiente, en la celebración del Primero de Mayo, se acuerda una serie de demandas a la empresa consistentes en un aumento de los jornales, venta del carbón a mitad de precio, construcción de casas baratas y eliminación de los objetivos de producción en las minas, las llamadas “tareas”. Las demandas, salvo las referidas a la venta del carbón, no fueron aceptadas. Las deficientes condiciones de trabajo<sup>20</sup> terminan provocando una nueva catástrofe en la mina Antolín. El 11 de junio se inicia una huelga convocada por el Sindicato afectando a 7.000 obreros de las minas, talleres, fundiciones y fábricas. La SMMP lanza entonces una contraoferta aceptada por los trabajadores, en lo que resultó ser un primer éxito del movimiento obrero organizado. A lo largo del año se llevaron a cabo dos nuevas huelgas parciales y una amenaza de huelga en enero de 1918, que concluyeron nuevamente con la aceptación por la empresa de las demandas de los trabajadores.

El 22 de junio de 1918, el Sindicato volvió a plantear a la empresa mejoras salariales y en las condiciones de trabajo. En esta ocasión contaban con el apoyo de la

---

<sup>20</sup> “Testimonios de aquellos momentos señalan que escaseaba madera para afirmar las entibaciones y que los obreros eran obligados a trabajar a un ritmo frenético, con la amenaza de despidos o suspensión de sueldo si no eran capaces de conseguirlo” (García Parody 2009, p. 72). La mayor siniestralidad de estos años también puede apreciarse en las cifras de Partes de accidente (véase Tabla 8).

Comisión Ejecutiva Nacional de la UGT que envió a Lucio Martínez para coordinar las acciones. Una vez más, la negativa de la empresa terminó provocando la convocatoria de paro general el 29 de julio de ese año. Las negociaciones se prolongaron a lo largo del día y esa noche se firmó un acuerdo por el que el paro se desconvocaba. Los obreros no habían conseguido todo lo solicitado pero una vez más habían logrado vencer la resistencia de la empresa a negociar arrancándole acuerdos mínimos.

El incumplimiento de los acuerdos por la empresa y los despidos y castigos a los obreros concluyeron en un nuevo paro el 3 de diciembre de 1918. La UGT envió a Francisco Largo Caballero a la cuenca que negoció con la empresa sin resultado. Largo Caballero se desplazó incluso a Madrid buscando la mediación del Ministro de la Gobernación. El resultado fue un acuerdo vago con la empresa, en el que se incluía no tomar represalias contra los miembros del sindicato. Fue incumplido al poco tiempo. El fracaso sindical provocó que la tranquilidad se instalase en la cuenca al año siguiente, tiempo durante el cual el sindicato aprovechó para llevar a cabo mejoras organizativas en su estructura.

A comienzos de 1920 se había conseguido el reconocimiento de la jornada de siete horas y se aprovechó para plantear una mejora de las precarias condiciones de los trabajadores después de los ingentes beneficios obtenidos por la empresa durante la guerra. En mayo se plantearon las demandas consistentes en aumentos salariales desde el 1 de abril, readmisión de los trabajadores despedidos y creación de una comisión de arbitraje para la resolución de futuros conflictos. El rechazo de la empresa provocó el comienzo de la huelga el 1 de abril de 1920. 14.000 obreros pararon en toda la cuenca en una de las mayores movilizaciones conocidas hasta ese momento en la provincia de Córdoba. El Sindicato contaba con el apoyo de la UGT y la empresa con el apoyo del Gobernador que enviaba efectivos de la Guardia Civil. La falta de flexibilidad de la empresa provocó que las conversaciones se trasladaran a Madrid entre dirigentes ugetistas (Largo Caballero y González Peña) y el Ministro de Gobernación sin que lograran modificar las posiciones de la empresa. Tras un mes de paro, la UGT inició un programa de ayuda a los huelguistas recogiendo fondos entre los mineros asturianos y las provincias limítrofes. Gracias a estas ayudas la huelga se prolongó hasta finales de mayo. Ambas partes llegaron a un acuerdo en el que se incluía la libertad de los sindicalistas detenidos, la readmisión de los obreros sancionados por la huelga y mejoras salariales. El resultado fue vivido como un gran éxito del Sindicato arropado por la UGT.

Al poco tiempo de finalizar la huelga, en septiembre de ese año, el Sindicato se reúne en congreso extraordinario y acuerda crear un sindicato por cada rama de la industria presente en la zona con idea de asegurar la máxima autonomía de cada uno. A fin de garantizar la necesaria solidaridad entre todos ellos, se propuso crear un organismo federativo en el que estarían presentes todos los sindicatos, con unos estatutos que definiesen bien los derechos y deberes de cada uno de los sindicatos integrantes de la federación. Como dice García Parody:

[Este paso] representó la superación de un sindicato en el que se mezclaban colectivos de distintas características con el único vínculo de pertenecer a una misma entidad empresarial y su reconversión en una Federación de Sindicatos. Fue el instrumento más

adecuado para combatir a una empresa también diversificada desde su origen en sectores muy diferentes (2009, p. 49).

### *La gran huelga de 1922 y el declive del movimiento obrero*

La huelga de 1920, a pesar de su éxito, dejó la capacidad de resistencia del Sindicato muy agotada, con una afiliación que descendió en 3.000 militantes y con un sindicato rival, el Sindicato Único, de ideología anarquista y partidario de la acción directa, en crecimiento. Así pues, el año de 1921 transcurrió en relativa calma. A comienzos de 1922, los rumores iniciales sobre una bajada de los salarios terminan concretándose en la intención de la empresa de reducirlos en un 25%. Su argumento principal, que se apoyaba en el descenso de la demanda de carbón, fue rebatido con los datos que presentaban los dirigentes del Sindicato Minero. A pesar de las llamadas a la prudencia realizadas desde la dirección de la UGT en Madrid, “el 20 de febrero de 1922 se inició en el pozo de San Antolín [sic] una huelga que estaba llamada a ser la movilización obrera de mayor calado en la provincia de Córdoba y una de las mayores de la historia de España” (García Parody 2009, p. 90). Secundaron la huelga unos 5.000 trabajadores de toda la cuenca en respuesta a la bajada unilateral de salarios en un 25%.

El proceso de negociación se alargó hasta comienzos del mes de mayo. Durante este tiempo hubo distintas ofertas y contraofertas que concluyeron en un acuerdo por el que la rebaja de salarios se reducía al 15% con revisión a los tres meses de la posibilidad de alcanzar el 20%. A esto se añadía el compromiso por la empresa de no tomar represalias contra los obreros a su retorno al trabajo. Finalmente los obreros ratificaron el acuerdo en una votación que escasamente superó los 1.000 participantes, lo que García Parody considera una muestra del cansancio y el agotamiento entre los trabajadores. La huelga concluyó el 10 de mayo. Sin embargo, la empresa no mantuvo todas sus promesas y el dirigente ugetista Largo Caballero tuvo que intervenir en Madrid ante el Ministerio de Trabajo para denunciar la no readmisión de más de 300 trabajadores.

El ambiente de derrota tras la huelga de 1922 y el crecimiento del Sindicato Único llevaron al sindicato minero a reforzar su estructura transformándose en una Federación Regional de Sindicatos. En abril de 1923 la nueva Federación presenta unas bases de trabajo a la SMMP pidiendo, entre otras cosas, un aumento del 20% para los trabajadores de las minas y un 15% para los de exterior. La empresa se mostró insensible a las demandas y los trabajadores iniciaron una nueva huelga el 4 de junio. En esta ocasión, más del 40% acudió a su puesto. La huelga concluye el 2 de julio con un acuerdo que supone una nueva derrota para el movimiento obrero. Tras un mes en que la empresa se muestra absolutamente inflexible, esta admite el retorno sin represalias de los trabajadores en un plazo de 15 días como único compromiso.

La conflictividad laboral se redujo de modo considerable en la cuenca bajo la Dictadura de Primo de Rivera debido, por una parte, a la situación política del país y, por otra, a la propia debilidad del Sindicato. En todo caso, los conflictos evidenciaban cada vez más los planes de la empresa para reducir el empleo y los salarios en la cuenca y la escasa capacidad del Sindicato para oponerse a ellos. Durante este tiempo, la Federación de Sindicatos de Peñarroya “dejó en un segundo plano la actividad

reivindicativa y se aproximó a la línea de un sindicato de servicios” (García Parody 2009, p. 102).

Con la llegada de la II República, los efectos de la crisis de 1929 coincidieron con las mejoras en las condiciones de los trabajadores impulsadas por el nuevo régimen. Para Parody, la SMMP tenía para entonces una estrategia muy clara, “abandonar progresivamente su implantación en el Alto Guadiato y buscar su expansión por otras partes” (2009, p. 102). Durante el período republicano, la empresa siguió una estrategia adaptativa a los cambios políticos en el gobierno de la nación. Así, durante el primer bienio, la empresa apoyó a los parados y se ralentizó la política de expulsión de trabajadores. Sin embargo, a partir de 1934, los despidos y la persecución de los dirigentes sindicales fueron en aumento. Aun así, el goteo de despidos continuó, como continuaron las amenazas de cierre de las minas de El Soldado y Antolín. A comienzos de 1933 se produce el cierre total de las minas de El Soldado, de Villanueva del Duque. La importancia de esta mina amenazaba la continuidad del resto de las industrias del complejo de Peñarroya. En octubre de 1934, la Federación de Sindicatos logró el paro total el día 6, pero la declaración del estado de guerra en la provincia y la llegada de tropas provoca una oleada de represión que se concreta en detenciones masivas por parte de la autoridad militar de la provincia y el despido por la empresa de numerosos trabajadores ligados a la organización sindical. A finales de 1935 se cierra la mina de La Calera dejando parados a todos sus trabajadores. A comienzos de 1936 se anuncia la rescisión de los contratos de los trabajadores de la fundición de plomo. Entre enero y julio de 1936 se producen una serie de paros en la mina Antolín cuyo cierre continuaba imparable.

En esta situación, el 18 de julio de 1936 se produce la sublevación militar.

### 3. La Guerra Civil en Peñarroya<sup>21</sup>

La sublevación militar triunfó en Córdoba el 18 de julio de 1936. Sin embargo, en Peñarroya se mantuvo la incertidumbre hasta el día 20 en que el capitán de la Guardia Civil ordena la concentración, bajo su mando, de los efectivos que se encuentran en los pueblos próximos, y se sitúa del lado del Gobierno. Como indica Moreno, en esta decisión pesó la importancia de la población minera en la zona, su apoyo electoral al Frente Popular y la cantidad de explosivos de que disponían. Peñarroya-Pueblonuevo se convirtió desde ese momento en un elemento central en la defensa republicana de la provincia de Córdoba, formándose en esos primeros días el batallón “del Terrible”, con milicias obreras y Guardia Civil, que, en fecha tan tardía como el 27 de julio, sale a recuperar los pueblos del entorno.

A comienzos del mes de octubre, da comienzo la operación de Peñarroya por parte del ejército sublevado, buscando asegurar la línea férrea Sevilla-Mérida, disolver las concentraciones republicanas de la zona de Azuaga y ocupar la cuenca de Peñarroya. Peñarroya fue ocupada el 13 de octubre, 9 días después de lo planeado por Queipo de Llano. La noche anterior fue testigo de la evacuación de miles de familias que, a pie, se dirigieron a las localidades próximas. El temor a las represalias –fundado en la experiencia de las localidades perdidas con anterioridad ante el avance de las tropas franquistas– era tal que:

casi ningún minero permaneció en la población, de tal manera que, cuando los franquistas trataron de poner en marcha la producción de minas y fábricas, tuvieron que arrojar octavillas en la zona republicana, prometiendo todo tipo de favores a los que desearan regresar y ocupar sus puestos de trabajo (Moreno Gómez 1986, p. 434).

No les faltaba razón a los que se ausentaron. Cuando Queipo de Llano visita la zona el día 16, desde el balcón del ayuntamiento declara “suprimidas del diccionario las palabras indulto y amnistía” (Moreno Gómez 1986, p. 435).

La necesidad que tenían las fuerzas franquistas de asegurar el carbón para el alumbrado de Córdoba capital así como la necesidad de óleum en Granada para la fabricación de explosivos hacía de la conquista de Peñarroya un objetivo prioritario. Cuando las tropas franquistas acceden a las minas y fábricas estas se encuentran en perfecto estado gracias al interés de los dirigentes del Frente Popular en asegurar su conservación. La reanudación de la producción tuvo que superar grandes dificultades. No por el estado de las instalaciones, sino por la ausencia de los trabajadores. La noticia sobre la toma franquista de las instalaciones fue acogida con júbilo en la sede de la empresa en París.

Entre octubre de 1936 y enero de 1939, el frente permanece en el entorno de Peñarroya sin que esta vuelva a manos republicanas. Es en esta última fecha cuando se produce la batalla de Valsequillo, con un enorme coste de vidas humanas, que

---

<sup>21</sup> En este apartado sigo la descripción realizada por Moreno (1986).

concluirá con la conquista de la zona por las tropas franquistas. Será la última batalla de la Guerra Civil.

## Capítulo 2. El proceso de investigación

---

En este capítulo describo el proceso metodológico seguido para la realización de la investigación. En primer lugar me detengo en la explicación de los trabajos llevados a cabo con el conjunto de la BD Peñarroya dado que de ellos se alimenta esta tesis. Comienzo describiendo el proceso seguido en la configuración inicial de la BD Peñarroya y continúo con la reconstrucción de los historiales, la definición de las cohortes y las explotaciones específicas. La segunda parte describe las tareas realizadas específicamente para esta investigación. Para ello comienzo justificando la utilización de las cohortes. Continúo describiendo las tareas de codificación, clasificación y análisis seguidas con los dos conjuntos de documentos, el de reconocimientos y el de partes. Concluyo justificando la aproximación al estudio de los riesgos acumulados a partir de la selección de los historiales con rastro de riesgos oculares.

### 1. Trabajos con la BD Peñarroya

Del proceso de recogida y almacenamiento de la información procedente del Hospital Minero de Peñarroya resultaron los dos ficheros de datos (FD) que forman el núcleo de la BD Peñarroya:

- FD Reconocimientos. Formado por casi 65.000 registros procedentes del conjunto de reconocimientos médicos realizados a los obreros entre 1900 y 1950. Prácticamente fueron recuperados la totalidad de los reconocimientos realizados en el Hospital durante ese periodo.
- FD Partes. Formado por 39.000 registros procedentes de la fusión de las papelillas de baja y los partes de alta de los accidentes ocurridos entre 1902 y 1950. En el conjunto de los partes encontramos importantes vacíos



concentrados fundamentalmente en la primera mitad del periodo de observación.

Las primeras tareas llevadas a cabo con los ficheros de datos generados fueron su unificación y normalización. Para ello se optó por el sistema gestor de bases de datos estándar en aquel momento: dBASE. Desde el primer momento, la información se almacenó en dos ficheros diferentes debido a su diferente contenido (distintos campos y distintos criterios de ordenación), el FD Partes y el FD Reconocimientos. Cada fichero dispuso de una clave maestra diferente. Los reconocimientos se encontraban ordenados por años y disponían todos de una fecha. Por consiguiente, se optó por ordenar en función de la fecha y asignar un número secuencial que comenzaba cada año en 0001. La clave se construyó combinando los cuatro dígitos del año del reconocimiento, una coma de separación y el número secuencial de cuatro dígitos. De esta manera, cada reconocimiento llevaba en su número de identificación el año en que había tenido lugar. Los partes de accidente disponían de dos campos de fecha, la fecha de alta y la fecha de baja. También existían algunos partes, pocos, sin fecha. Por otro lado, los partes se encontraban ordenados y disponían de un número secuencial único para cada registro. En el caso de los partes se optó por respetar su número, de cinco dígitos, y convertirlo en campo clave.

Una vez que ambos ficheros disponían ya de un campo de identificación único, se guardaron copias en diferentes lugares y no se volvieron a editar, abriéndose únicamente en modo de solo lectura. A partir de ese momento las elaboraciones se realizaron en ficheros intermedios creados para cada ocasión.

### **1.1. El proceso de reconstrucción de historiales**

La decisión de mantener separados los ficheros de datos derivaba en problemas a la hora de recuperar la información, dado que había que buscarla en dos ficheros diferentes y eso implicaba el recurso a la programación. Con idea de disponer de todas las observaciones en un único fichero de datos, se generó un tercer fichero con los campos de identificación comunes a ambos FD, el nuevo FD Observaciones, con casi 104.000 registros. El FD Partes, resultante de combinar Altas y Bajas, contenía dos fechas. Se optó en este caso por utilizar la Fecha de Baja como Fecha de la Observación por ser la más temprana. Otro motivo que aconsejaba esta opción era el hecho de que los fallecimientos no contaban con fecha de alta. El nuevo FD Observaciones constaba básicamente de:

- Un campo clave (MAENUM),
- la fecha de la observación,
- el nombre y apellidos del obrero,
- la edad,
- la naturaleza o localidad de nacimiento, y
- el nombre del padre y de la madre.

El campo MAENUM debía permitir identificar el tipo de observación –reconocimiento o parte– que correspondía a un registro dado para, a continuación, poder recuperar su

información del FD correspondiente. En este campo se fusionaron las dos claves procedentes del FD Reconocimientos y el FD Altas. El índice MaeNum es un campo numérico de diez dígitos de ancho. Los cinco primeros dígitos están ocupados bien por el año del reconocimiento bien por el número del parte. Le sigue a continuación una coma decimal y concluye con cuatro dígitos que representan bien el número secuencial del Reconocimiento (por ejemplo 1905,0248), bien una sucesión de ceros en el caso de los Partes (por ejemplo 21765,0000). De esta manera, es perfectamente identificable el FD del que procede la Observación en función de si su parte fraccionaria es o no igual a cero<sup>22</sup>. Con el FD Observaciones, ya resulta sencillo generar un nuevo FD Historiales que establezca una relación de uno a varios con el FD Observaciones. En otras palabras, generar un número de historial al que remitan las diferentes observaciones de un mismo obrero.

El primer intento de generar el FD Historiales se hizo aprovechando la información que en ocasiones aparecía en los reconocimientos sobre otros reconocimientos, a los que se remitía desde aquel por pertenecer al mismo obrero. Esta información se había almacenado cuidadosamente durante el proceso de grabación de los datos en un apartado específico bajo el término *Remite a*. Este procedimiento presentaba varias dificultades. En primer lugar, era parcial, afectando únicamente a los reconocimientos y dejando a un lado los partes. En segundo lugar, estaba muy incompleto, existiendo solo en una parte de los reconocimientos. En tercer lugar, la dificultad para recuperar los contenidos. Si por un lado la información se había almacenado sin seguir un formato preconcebido dificultando el diseño de una rutina que permitiese recuperar la información, por otro, los números de los reconocimientos no eran correctos, o bien eran muy imprecisos: en ocasiones figuraba el número, en otras figuraba una fecha... En definitiva, se requería un trabajo individualizado de indagación sobre cada reconocimiento. Finalmente se desechó esta vía por ser escasamente productiva.

El segundo procedimiento utilizado para relacionar las diferentes observaciones correspondientes a un mismo obrero se inspiró en el método de reconstrucción de familias<sup>23</sup>. A diferencia del anterior, este procedimiento abarcaba a reconocimientos y partes, era exhaustivo, y su principal inconveniente residía en la enorme cantidad de trabajo que requería. A partir del FD Observaciones se generó una aplicación en lenguaje dBASE, de nombre RelaNom, que presentaba el conjunto de las observaciones ordenadas en función de diversos criterios alternativos:

- Apellido1, Apellido2, Nombre
- Apellido2, Apellido1, Nombre
- Apellido1, Nombre, Apellido2
- Apellido2, Nombre, Apellido1
- Nombre, Apellido1, Apellido2

---

<sup>22</sup> Resulta sencillo programar esta verificación en una simple operación, comprobando si la diferencia entre un número y su parte entera es igual a cero –para los partes– o no –para los reconocimientos.

<sup>23</sup> Un ejemplo de adaptación al uso de la informática en Ramírez Gámiz (2000).

- Nombre, Apellido2, Apellido1

La ordenación en función del primer o del segundo apellido permitía encontrar similitudes superando las dificultades derivadas de los errores que con tanta frecuencia se encuentran en la transcripción de nombres y apellidos. Se favorecía así la proximidad en el listado de observaciones que, con un error en la primera letra del primer apellido, habrían aparecido en lugares muy distantes. Esto permitía la comparación de elementos –fecha de nacimiento, nombre de los padres, naturaleza...– con los que decidir su vinculación o no a un mismo obrero. La gran aportación de la informática a este procedimiento de reconstrucción nominal estaba en la posibilidad de ordenar siguiendo diferentes criterios y poderlos aplicar de forma alternativa sin esfuerzo. Los dos primeros criterios de ordenación resultaron ser los más útiles. En ocasiones, se acudía también a los dos siguientes aunque estos aportaban menos resultados. Quedaba por delante la tarea de encontrar los registros correspondientes a un mismo obrero entre el conjunto de las más de 100.000 observaciones. Tras muchos meses de duro trabajo colectivo se completó el proceso, obteniéndose como resultado un total de 30.711 historiales, lo que arroja una media de 3,4 observaciones por historial.

La aplicación RelaNom generaba, en un nuevo campo del FD Observaciones, el número OBRERO2, único para cada conjunto de observaciones asociadas a un mismo obrero. A partir de dicho número resultaba sencillo recuperar las diferentes observaciones que constituían cada historial. El número de identificación de cada historial (OBRERO2) se componía recuperando el número de identificación del primer reconocimiento del conjunto cronológicamente ordenado de las observaciones que constituían el mismo. Con idea de distinguir el número de historial del número de observación, se eliminó en aquellos el primer dígito, quedando así la parte entera formada por la centena, las decenas y las unidades del año del primer reconocimiento –que en la mayoría de los casos se corresponde con el año de entrada en observación, proporcionando así una información extra. Tras la coma, queda el número de secuencia dentro de los reconocimientos del año en cuestión (por ejemplo 915,2375). De esta manera, el historial de número 904,0167 correspondería al Historial que entra en Observación con un primer Reconocimiento en 1904, concretamente el Reconocimiento numerado como 1904,0167. En aquellos casos en los que no se disponía de ningún reconocimiento que pudiese aportar un número –un total de 6.133 casos de historiales compuestos únicamente de partes–, este se generó a partir del número clave del primer parte del historial. En estos casos se sumó, al número clave del parte formado por cinco dígitos, la cantidad de 9.800.000 y se dividió el resultado por 10.000. Se obtuvo así un número compatible con el campo OBRERO2 y al mismo tiempo diferenciado al comenzar por 98 (por ejemplo, el número de Historial correspondiente a un obrero sin reconocimientos cuyo primer parte fuese 21.765 resultaría 982,1765).

Con todos los números de historial se generó un nuevo fichero de nombre FD Obreros (30.711 registros) con un registro por cada historial identificado en la fase previa. En él se almacenaron los datos relativos al historial, a saber, fecha de entrada

en observación (ENTRADA), fecha de salida de observación (SALIDA)<sup>24</sup>, número de observaciones del historial (Relaciones) y edad de entrada en observación (EDADENT). El FD Obreros mantenía una relación de uno a varios con el FD Observaciones y, cuando resultase necesario, podía, mediante programación, presentar los datos ampliados de la observación correspondiente.

El proceso de reconstrucción de historiales fue una tarea larga y plagada de dificultades. Las variaciones en la grafía de los nombres y apellidos, la falta de información en algunas observaciones, los apellidos comunes y también las simulaciones de identidad constituían los problemas más comunes. Todos ellos contribuyeron a que se incluyesen observaciones de obreros distintos en un mismo historial y, probablemente, aunque resulte más difícil detectarlo, a que se separasen en historiales diferentes las observaciones correspondientes a una misma persona. A la hora de llevar a cabo una revisión exhaustiva de los historiales se pueden apreciar algunos ejemplos del primer tipo de errores. Pero estos errores no deslucen ni pueden restar significativamente validez en ningún caso a la gran cantidad de información recuperada por esta vía que destaca la potencia de este procedimiento, especialmente cuando se apoya en las posibilidades de la informática.

## 1.2. Agrupación de los Historiales en Cohortes

Una vez reconstruidos los historiales, se procedió a agrupar estos en Cohortes. En función de dos criterios:

- Edad de entrada en observación
- Fecha de entrada en observación

De acuerdo con el primero, se seleccionaron aquellos historiales con menos de 18 años declarados en la observación de entrada. De acuerdo con el segundo, se establecieron tres cohortes en función de la década de entrada:

- **Cohorte C1.** Fecha de entrada en observación de 1902 –año de inicio de la serie de accidentes– a 1910 inclusive.
- **Cohorte C2.** Fecha de entrada en observación posterior a 1910 y anterior a 1921.
- **Cohorte C3.** Fecha de entrada en observación posterior a 1920 y anterior a 1931.

En el FD Observaciones y en el FD Obreros se creó un nuevo campo en el que se almacenó el código de la cohorte correspondiente. La edad de entrada permitía el seguimiento de las cohortes a lo largo de un amplio periodo que concluía con carácter general el 31 de diciembre de 1950 (de 40 a 50 años con C1, de 30 a 40 años con C2 y

---

<sup>24</sup>Cuando la última observación era un parte de accidente y por tanto teníamos dos fechas disponibles, la baja por el accidente y el alta posterior, se utilizaba la fecha de alta como fecha de salida por ser esta la última fecha conocida, salvo en aquellos casos en los que no se disponía de fecha de alta, como por ejemplo los casos de fallecidos en accidente.

de 20 a 30 años con C3). La fecha de entrada en observación permitía a su vez la comparación entre grupos de obreros entrados en diferentes momentos.

A la hora de seleccionar los historiales para las cohortes se encontró una nueva dificultad en las edades declaradas. Era habitual que, en los primeros momentos de la contratación, parte de los muchachos declarasen una edad superior a la real, incrementada hasta en dos años (Cohen y Fleta 2013). De igual forma, muchos partes carecían del dato de la edad. Los problemas a la hora de trabajar con las edades declaradas surgen a la hora de seleccionar historiales para las cohortes y a la hora de utilizar la edad en los cálculos. Con historiales bien documentados es posible corregir el problema de la edad de entrada y generar una nueva edad calculada a partir de las edades del resto de observaciones del historial. El cálculo de edades de entrada en aquellos historiales en los que no contábamos con la edad declarada a la entrada permitió incorporar algunos historiales más a las diferentes cohortes.

### **1.3. Explotaciones específicas**

Al mismo tiempo que se procedía con la reconstrucción de los historiales se llevaban a cabo búsquedas específicas dirigidas a la realización de estudios parciales sobre diferentes aspectos. Estos procesos de búsqueda solían implicar los siguientes pasos:

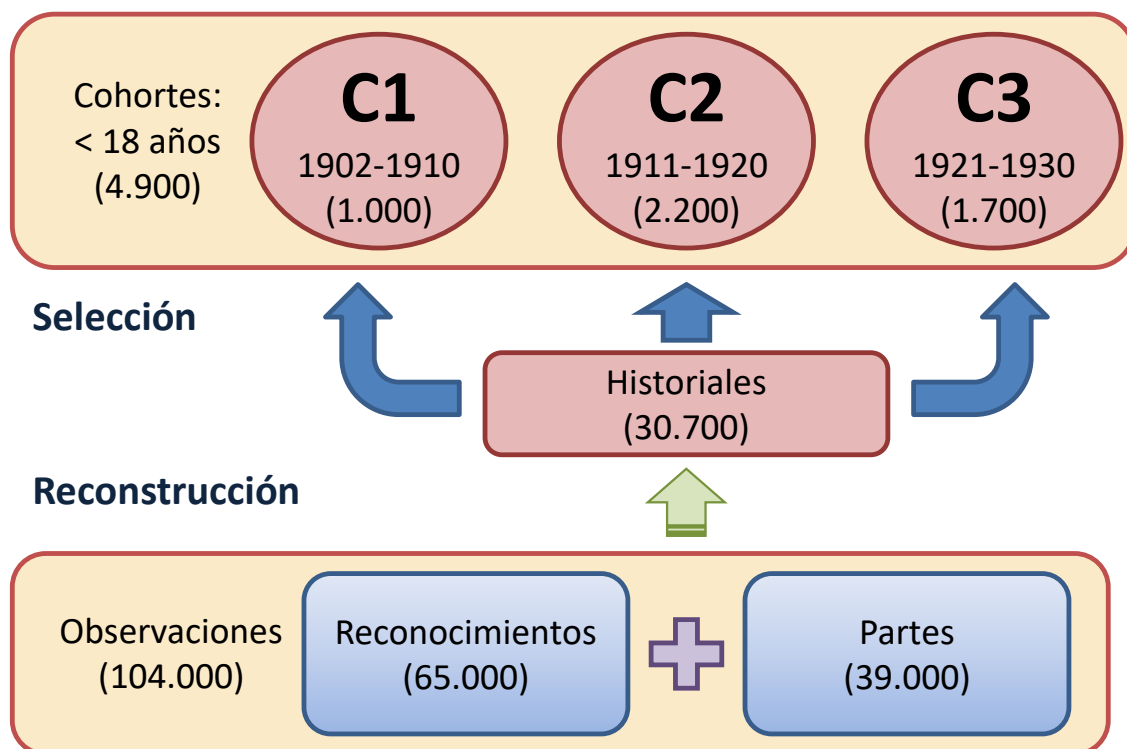
1. Programación de rutinas de búsqueda automáticas, a partir de términos clave previamente definidos, aplicadas al conjunto de las observaciones, marcando aquellas que cumplían los criterios establecidos para cada caso. El resultado era un nuevo fichero en el que se recogían únicamente aquellas observaciones marcadas.
2. Revisión del fichero para su depuración y eliminación de los casos indebidamente incluidos.
3. Clasificación en categorías significativas.
4. Análisis. Explotación estadística de la información recuperada combinada con el análisis cualitativo del contenido de las observaciones.

A medida que se disponía de los Historiales reconstruidos se iban incorporando a los análisis. Al concluir el proceso de reconstrucción de los historiales y disponer de las tres cohortes, se pudo llevar a cabo otro tipo de análisis a partir de búsquedas limitadas al conjunto de las tres cohortes. El trabajo con las cohortes permitía la comparación de los fenómenos entre grupos de obreros entrados en la empresa en diferentes momentos.

Junto a las búsquedas específicas, se realizaron también otros trabajos que implicaban la codificación de los contenidos encontrados en los diferentes campos. Para esta tarea se listaban los diferentes contenidos presentes en los campos y se clasificaban en categorías relevantes, asignando a cada categoría un código. Esto facilitaba el manejo de grandes volúmenes de información y permitía su explotación estadística.

El trabajo acumulado de los diferentes campos permitió disponer de una cantidad de información cada vez mayor, dispuesta para su tabulación. Así, se codificó el Servicio y el Cargo para el estudio de las trayectorias laborales (Cohen et al. 2005)

permitiendo, a partir de ese momento, su utilización en otros análisis como variables secundarias. Lo mismo ocurrió con el campo Naturaleza, codificado para analizar los focos de reclutamiento de la mano de obra (Ferrer et al. 2005). También con el tipo de accidente descrito en los partes, codificado para llevar a cabo el análisis de la siniestralidad (Fleta 2008). Finalmente, la codificación de los diversos contenidos presentes en los reconocimientos, llevada a cabo para esta tesis y aprovechada en su momento para el análisis del trabajo infantil (Cohen y Fleta 2013).



Fuente: HMP reconocimientos médicos y partes de accidente. Elaboración propia.

Figura 2. Esquema de los trabajos realizados con la BD Peñarroya.



## **2. Trabajos para esta investigación**

### **2.1. La utilización de las cohortes**

El esfuerzo dedicado a las tareas de reconstrucción de los historiales, de elaboración de las cohortes, codificación, categorización y análisis de la información, es el que ha permitido que esta tesis haya podido trabajar con las cohortes y analizar las trayectorias. Trabajar con las cohortes permite, en primer lugar, acotar el análisis a un número más reducido de historiales. Por otra parte, al cumplir los requisitos de edad y fecha de entrada en observación permite la comparación de grupos equivalentes en tres décadas diferentes. Las tres décadas constituyen tres momentos significativamente diferentes en la gestión de la mano de obra en Peñarroya. En un primer momento se dibuja la influencia directa del paternalismo en la gestión de la mano de obra y cómo este recibe el impacto de la legislación social. En un segundo momento somos testigos de los efectos de la Gran Guerra en Peñarroya, con gran afluencia de mano de obra y una movilización obrera que tendrá su momento glorioso en el final de la década. A partir de 1920, en la tercera y última década, encontramos un movimiento obrero cada vez más debilitado y una empresa cuyos planes se encuentran cada vez más alejados de la cuenca de Peñarroya. Así pues, la diferenciación entre las tres décadas iniciales resulta más que pertinente. Por su parte, el criterio de edad permite seleccionar obreros cuya trayectoria puede ser seguida en toda su extensión –a excepción del corte introducido por el cierre del periodo de observación– dado que son seleccionados al inicio de esta.

Los inconvenientes que se derivan de la utilización de las cohortes tienen que ver, por una parte, con el hecho de que el periodo mejor estudiado en esta tesis se limita a las tres primeras décadas del siglo pasado. No es posible describir con el mismo detalle las modificaciones en la gestión de la salud laboral a partir de 1930 dado que en ese momento dejamos de trabajar con los obreros que entran en observación y únicamente conservamos aquellos que entraron con anterioridad y permanecen en observación. Esto hace que, ante cualquier cambio, no podamos diferenciar entre los efectos de una modificación de las condiciones para todos los efectivos o el efecto de un envejecimiento, específico de las cohortes. Perdemos de vista igualmente aquellos que entran en la empresa con más de 18 años. Este grupo es especialmente numeroso en los años 1916 y 1917 de contratación masiva de obreros.

En el curso de este trabajo se consideró la posibilidad de aplicar a los datos otro tipo de análisis de carácter longitudinal, el análisis de eventos. Este análisis se desechó por varias razones, la primera y más importante es que nuestros registros son indicadores de permanencia en la empresa pero no señalan los momentos de entrada y salida de la misma, salvando la excepción de los historiales que comienzan con un reconocimiento. No he considerado por tanto correcto utilizarlos como indicadores de sucesos. Una segunda razón es que no he considerado pertinente realizar un análisis de esa complejidad a unos datos generados a partir de información tan imprecisa. El resultado podría dar una idea errónea de precisión. Un análisis con un nivel tal de detalle desviaría la atención de lo fundamental, a saber, el proceso de construcción de



categorías y las variaciones de sus grandes números, hacia el instrumento. Las categorías con las que trabajamos son laxas y únicamente permiten realizar grandes agrupaciones de límites siempre imprecisos.

## 2.2. Operaciones de codificación, clasificación y análisis

### *El trabajo con los reconocimientos médicos*

La información grabada a partir de los reconocimientos médicos de Peñarroya contiene, por una parte, datos sociodemográficos y de identificación de los obreros como nombre y apellidos, nombre del padre y de la madre, estado civil, nombre de la esposa, domicilio, localidad de origen, etc. Datos laborales como el Servicio del que procedía la papeleta y el Cargo al que se destinaba. En el apartado de Observaciones, el médico debía consignar: “1) Incapacidades que padece de las expresadas en el Reglamento. 2) Constitución física. 3) Enfermedades crónicas u otras. 4) etc.” (Cohen y Fleta 2012, p. 150). Para poder trabajar con esta información era necesario someterla a un proceso previo de categorización y clasificación –o de registro y codificación en los términos empleados por López Aranguren (2010)– propio del análisis de contenido. De esta manera reduje los contenidos presentes en la documentación a códigos manejables que posteriormente agrupé en categorías analíticas. La tarea presentaba numerosas similitudes con el proceso de descubrimiento y generación de categorías descrito por Glaser y Strauss<sup>25</sup>, y en él buscó su inspiración.

Uno de los principales retos al que se enfrenta toda tarea de clasificación consiste en delimitar adecuadamente las fronteras entre categorías. En este caso, la dificultad se vio acrecentada por la escasa estandarización de la documentación. A medida que avanza la documentación esta se vuelve más rutinaria y hace uso de un lenguaje más escueto y preciso. Sin embargo, este elemento juega también en contra de la riqueza de la información. Distintas denominaciones de un mismo fenómeno, un mismo término empleado para designar realidades diferentes, designaciones imprecisas, son todos obstáculos que derivan del esfuerzo por aprovechar una rica fuente de información para un fin diferente de aquel para el que fue diseñada. Aun así, la clasificación se llevó hasta el final siendo consciente de que podían cometerse errores en el trazo fino, pero que en el trazo grueso las realidades descritas resultan esclarecedoras y coherentes. Más aún, permiten describir matices que ayudan a nuestra comprensión de las realidades descritas.

En el conjunto de las tres cohortes contamos con 16.225 reconocimientos. De los diferentes campos existentes en la BD Peñarroya, utilicé el más rico y complejo, el campo en el que los médicos recogían las *Observaciones* resultantes del acto médico. El primer paso del proceso debía consistir en separar las diferentes anotaciones presentes en los resultados para obtener fragmentos con significado. Comencé reduciendo los 16.225 a 16.089 reconocimientos con algún contenido –el 99,2% de ellos. Agrupé los **contenidos** –conjunto de anotaciones vertidas en un reconocimiento–

---

<sup>25</sup> Para una descripción de la Teoría Fundamentada como técnica de análisis véase García-Nieto y Pérez Corbacho (2007).

semejantes y obtuve al final 6.794 contenidos diferentes. La relación entre ellos es de uno a varios, esto es, un mismo contenido puede estar presente en uno o más reconocimientos, pero cada reconocimiento se remite a un único contenido. A continuación era necesario separar las diferentes unidades significativas o **anotaciones** presentes en un mismo contenido. Así, tomando como ejemplo el siguiente contenido: “Útil. Pies planos. Estrabismo externo del ojo izquierdo (vacu)” (1932,0437), podemos distinguir en él cuatro unidades significativas diferentes:

1. *Útil*. Valoración de la utilidad del obrero.
2. *Pies planos*. Primera anotación sobre la salud del obrero o diagnóstico 1.
3. *Estrabismo externo del ojo izquierdo*. Segunda anotación sobre la salud o diagnóstico 2.
4. *(vacu)*. Vacunado contra la viruela. Otras informaciones no contempladas en este análisis.

En una hoja de cálculo se volcaron todas las variaciones en los contenidos de los reconocimientos correspondientes a las tres cohortes de estudio. El contenido del campo se almacenó en una columna que se fue editando celda a celda, introduciendo un símbolo de almohadilla “#” para separar cada unidad de contenido. En pocas ocasiones se hizo necesario cambiar el orden de los contenidos para evitar que uno de ellos pudiese partir otro en dos. Haciendo uso de las funciones existentes en las hojas de cálculo, el contenido separado se copió en celdas contiguas que posteriormente se exportaron, junto a los números de identificación que permitían referir aquel a sus números de reconocimiento, a un nuevo FD para su gestión.

Generé así un total de 25.686 unidades significativas que denominé **anotaciones**<sup>26</sup>. De ellas, 15.716 manifestaban de forma explícita una valoración sobre la *Utilidad* del candidato. Otras 9.970 se repartían entre los diferentes tipos de temáticas presentes. Las anotaciones separadas las clasifiqué en 184 categorías diferentes. En estas cifras no incluyo otros contenidos de menor interés desechados en el proceso de clasificación. Son principalmente las anotaciones referidas a empleos anteriores –cuando el candidato accedía por primera vez a la Sociedad– o las anotaciones referidas a reconocimientos realizados con anterioridad –bien mediante una referencia genérica al tiempo transcurrido desde el inmediatamente anterior bien mediante el año de ese último reconocimiento– entre otras. Estas 184 categorías permitieron una primera clasificación de contenidos. Así, los reconocimientos con indicaciones relativas a la escasa edad fueron seleccionados para el análisis del trabajo infantil (Cohen y Fleta 2013). Entre ellas figuraban dudas sobre la edad real del candidato, referencias a su escasa fuerza o la certeza de un falseamiento de la edad. Por su parte, las categorías que hacían referencia a problemas oculares, incluyendo el estrabismo, fueron utilizadas para la identificación de los reconocimientos con menciones oculares.

---

<sup>26</sup> A partir de la cifra anterior podemos calcular una proporción de 1,6 anotaciones por cada reconocimiento.

A través del análisis cuantitativo he pretendido mostrar los factores que se encontraban detrás de la variación de las cifras y de su evolución en el tiempo, describiendo los elementos que inciden en las grandes cifras. Para ello se hizo uso del análisis sociodemográfico, masivo. En el caso de los reconocimientos, vulnerables a influencias de diverso tipo, comencé comparando los reconocimientos correspondientes a las cohortes con la totalidad de los de la BD Peñarroya con el objetivo de ver semejanzas y diferencias. Con posterioridad, la distinción por cohortes me permitió separar los diferentes componentes que inciden en la evolución de los reconocimientos. Por último, la separación de los contenidos en anotaciones y su agrupación en categorías significativas me permitió el análisis de las funciones desarrolladas en el Servicio Médico y documentadas en los reconocimientos y datar su evolución. La clasificación de las dolencias me animó a iniciar el camino de su análisis buscando patrones en su evolución, los pares de dolencias más habituales... El amplio número de dolencias diferentes y la escasez de resultados me llevó con el tiempo a desechar esta vía.

Por su parte, a través del análisis cualitativo, traté de mostrar las características y los límites de las tareas realizadas en el SM. Para ello, a medida que revisaba los contenidos para su clasificación iba marcando una selección de testimonios. El criterio que seguí fue el carácter sobresaliente del mismo. No busqué los resultados de los procedimientos rutinarios sino aquellos que llamaban la atención por aportar información extra sobre la tarea rutinaria, bien por encontrarnos frente a un caso fuera de lo normal, bien porque la persona que rellenó el reconocimiento quiso reflejar algún dato más. Esto lleva a fijarse en la excepción y corre el peligro de considerarla como norma. Frente a ello, la gran aportación de estos testimonios consiste en iluminar sobre los límites de la tarea. Los testimonios excepcionales no son la norma habitual, pero sí nos muestran las claves y los límites de la actuación normal.

### *El trabajo con los partes*

De la misma forma que se procedió con los reconocimientos era necesario proceder con los partes para localizar las lesiones producidas por los accidentes. Una primera fase de este trabajo ya se había llevado a cabo anteriormente para explotar la información relativa a la clase de lesiones registradas en los partes (Fleta 2008). En esta ocasión era necesario identificar la *zona* del cuerpo afectada por el accidente. Esto iba a permitir igualmente seleccionar los casos en los que se veían interesados los ojos.

La información sobre la localización anatómica de los accidentes dispone de un grado desacostumbrado de detalle. El método de valoración de las incapacidades hacía necesario registrar con precisión las partes del cuerpo accidentadas. Solo así se podía hacer el cálculo de la posible incapacidad resultante y solo así se podía asegurar la no inclusión de elementos ajenos al accidente. En los partes se describe al detalle el dedo, la parte afectada, el daño inferido; también el ojo, incluido en el cálculo de las incapacidades, es objeto de una detallada descripción. Así pues, siempre que encontré la información, recogía el detalle de la zona. Cuando esto no era posible, lo sumaba al ámbito inmediatamente superior disponible. Cuando se encontraban diferentes partes afectadas se clasificaba en función de la parte que revestía mayor gravedad. Si esto no

era posible se remitía al ámbito inmediatamente superior que englobaba a las diferentes partes pudiendo llegar en su caso a engrosar el número de accidentes generales. Con idea de poder valorar la excesiva concentración de los accidentes se toma como referencia la estadística de accidentes para 1923 realizada por Guichot y la estadística de accidentes de trabajo de 2013.

En el caso de los partes de accidente, resultó mucho más difícil encontrar un patrón que permitiese explicar sus variaciones en el tiempo. Es por ello que su análisis cuantitativo lo he centrado en el cálculo de una aproximación a la incidencia de las distintas lesiones y en presentar la distribución anatómica, toda vez que el análisis de las lesiones por tipos ya había sido objeto de una publicación anterior. La fuerte dependencia que guarda la estructura de los riesgos con el medio laboral y el tipo de trabajo realizado –minero de interior, minero de exterior, metalúrgico o ferroviario– me llevó a explorar el camino de la incidencia por servicios. Aquí me tuve que enfrentar a una gran dificultad, la asignación de un servicio al historial en trayectorias que habitualmente transitan por diferentes servicios. Otra dificultad añadida es la falta de indicación del servicio en muchas observaciones. En un trabajo anterior sobre trayectorias laborales (Cohen et al. 2005) se abordó el mismo problema optando por establecer el servicio predominante en cada trayectoria. En esta ocasión, era necesario asociar los riesgos a un servicio determinado, por periodos delimitados, por lo que no bastaba con asignar un servicio predominante. La solución que adopté fue la de trabajar con trayectorias en las que únicamente figurase un solo servicio. Se redujo así en gran medida la base numérica de los cálculos y dado que los resultados no diferían mucho de los publicados en el anterior trabajo sobre los accidentes (Fleta 2008), opté por desechar esta vía.

En el estudio de los partes de accidente dediqué también una especial atención a la gestión de los siniestros con la intención de mostrar los obstáculos que debía superar una agresión para ser reconocida como tal. Así se puede entender con mayor claridad la distancia entre las lesiones sufridas por los obreros y las registradas en los partes, de gran importancia de cara al análisis de las menciones oculares.

### *El trabajo con las menciones oculares*

La clasificación de las anotaciones presentes en los reconocimientos y la clasificación de los partes de accidente en función de su localización anatómica me permitieron seleccionar todos aquellos registros –correspondientes a ambos FD, Partes y Reconocimientos– que hacían referencia al órgano de la vista o a su función. Marqué así un total de 1.153 menciones oculares de las cuales 621 se encontraron en el FD Partes y 532 en el FD Reconocimientos. Tan solo en un caso coincidieron dos menciones oculares en un mismo reconocimiento. La escasa gravedad de una de ellas y la particularidad que introducía en la gestión de la información hizo que optase por anularla y concentrarme en la más grave. Para la posterior clasificación del conjunto de las menciones a ojos me enfrenté a las dificultades derivadas de su diversa composición. Entre las menciones podemos encontrar:

- a) **Signos y síntomas.** Principalmente externos y visibles. En ocasiones se señala la causa que provoca el signo reseñado como cuando se indica en 1934 “Opacidad corneal por Tracoma”. En ocasiones no.
- b) **Estados morbosos.** En contadas ocasiones se indica directamente como cuando en 1926 se señala escuetamente “Tracoma”.
- c) **Apreciaciones sobre la agudeza visual.** Puede establecerse con mayor o menor grado de precisión. Compárese en este sentido lo anotado en 1913 –Manchas en ambas córneas que reducen la visión a 1/4– con lo recogido para otro obrero en 1923 –Tiene mancha en córnea derecha que casi le impide la visión. En ocasiones únicamente se registra la deficiencia visual sin señalar causa: “No otro defecto que visión solo 1/3” (1907). Estos casos en los que no se señala causa han sido marcados como *visión deficiente*.
- d) **Apreciaciones genéricas.** En 1918 se registra: “Padece de la vista, debe tratarse antes de tomar el trabajo”. Podemos encontrar referencias a padecimientos anteriores, como en 1915: “Refiere haber padecido de vías lagrimales”. En este caso, como en la mayoría, la identificación de padecimientos previos se hace a través de la respuesta del candidato a las preguntas del médico. Se puede indicar únicamente una propensión, como en 1907: “Útil. Propenso a orzuelos”. Las propensiones se señalan en el nivel de detalle, no así en los grandes grupos en los que aparecen junto a aquellos que tienen efectivamente el signo.
- e) **Pérdida de ojos.** Pueden existir partes en los que se señalen accidentes que han provocado la pérdida del ojo. Tenemos así tres casos documentados que se señalan en el nivel de detalle como *pérdida de ojo*. Resulta mucho más habitual señalar la carencia de uno de los ojos, generalmente previa a la entrada en la SMMP o al margen de los trabajos en la misma. Estos se señalan en el nivel de detalle como *falta ojo*.

Estos distintos elementos que componen las menciones suponen una dificultad añadida para la clasificación dado que entre ellos se solapan y no existe un elemento único lo suficientemente exhaustivo como para permitir la clasificación de todos los casos. Es por ello que se opta aquí por una clasificación combinada a partir de los diferentes elementos. Como consecuencia, los diferentes criterios de clasificación se solaparán en ocasiones como cuando se señala una conjuntivitis por contusión, apareciendo a la vez el signo (conjuntivitis) y la causa (contusión). También cuando se señala pérdida de visión por catarata traumática se está aportando información sobre la consecuencia del accidente (pérdida de visión), el signo intermedio (catarata) y el agente causal (contusión). La siguiente es la jerarquía seguida a la hora de clasificar los casos con solapamiento:

- a) **Pérdida de visión o del ojo.** En los casos de accidente con pérdida de visión o pérdida del ojo, se ha utilizado este como primer elemento para la clasificación. Cuando en los reconocimientos se señala la falta de visión motivada por una causa, se ha clasificado de acuerdo con la causa. Cuando en los reconocimientos se señala la falta de visión sin otra información sobre la posible causa, se ha clasificado de acuerdo con la falta de visión.

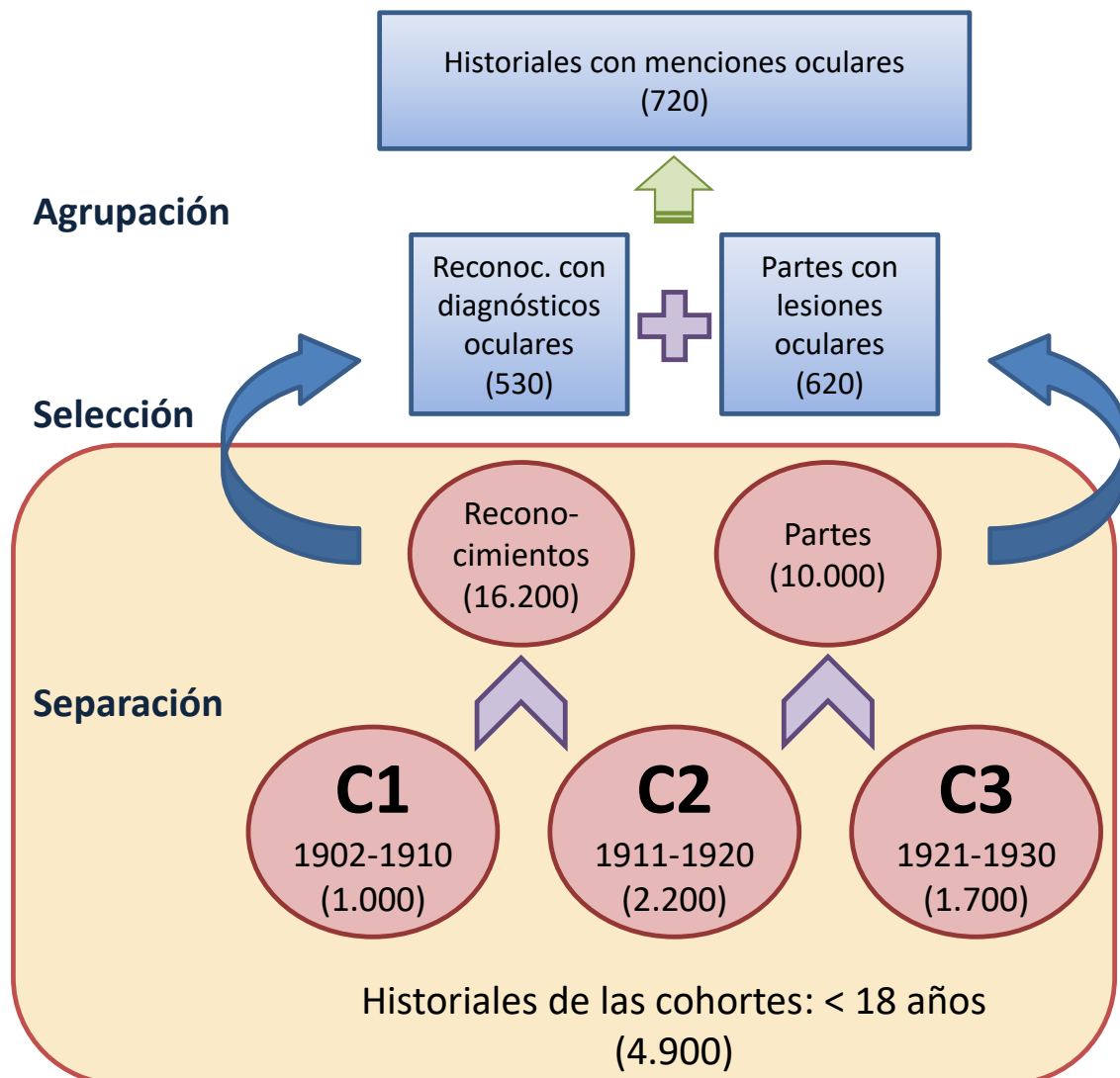
- b) Signo. En el caso del tracoma, dada la relevancia del mismo para este trabajo, se ha dado siempre prioridad al estado morbosos causante por encima del signo.
- c) Estado morbosos.
- d) Apreciaciones sobre la agudeza visual.

Las 1.153 menciones suponían 221 contenidos diferentes que se agruparon en torno a 40 rúbricas o grupos, reducidos finalmente a 10 grandes grupos. El principal criterio segmentador fue en todo momento el origen documental concreto del registro –parte de accidente o reconocimiento médico.

Con respecto al análisis, he procedido en primer lugar con una discusión terminológica que permitiese agrupar y clasificar las 221 menciones diferentes encontradas en partes y reconocimientos. He optado para ello por la combinación de un criterio anatómico con un criterio funcional y un último criterio que contemplaba la naturaleza de la lesión. Esta discusión concluye con una reflexión sobre las relaciones entre las diferentes menciones. En particular, nos lleva a tratar del tracoma que, a pesar del silencio de la fuente, tiene una importante incidencia en el medio minero y conecta entre sí los diferentes signos descritos en ella. La incorporación del criterio anatómico al cuadro de clasificación de las menciones terminó aportando una gran ventaja al permitir una separación grosera en función de la gravedad de las lesiones a través de la distinción entre párpados, conjuntiva y córnea. La clasificación de las menciones permite dar el paso siguiente hacia su descripción cuantitativa.

La descripción cuantitativa de las menciones oculares debe hacerse manteniendo bien presente la distinción según la fuente documental concreta de origen porque el significado de una aparición es muy diferente cuando tiene lugar entre los diagnósticos oculares a cuando tiene lugar entre las agresiones oculares. Entre aquellos, el primer registro de un diagnóstico cobra gran importancia debido a que permite aproximarnos a su aparición como dolencia. Posteriores apariciones pueden ser indicadores de su permanencia. En el caso de las lesiones, el primer registro pierde interés dado que posteriores apariciones pueden hablar de traumatismos repetidos. Hay que tener en cuenta todas ellas y en estos casos la repetición de una lesión posee un interés que no posee la repetición de un diagnóstico. Es por ello que se trabaja con el número de años hasta el primer diagnóstico y no con el número de años hasta la primera lesión. De igual forma, dado que se constata que el registro de los diagnósticos no es exhaustivo, interesa contabilizar el número de historiales en los que se ha registrado al menos una vez cada diagnóstico diferente. El interés de este cálculo con las lesiones es mucho menor, especialmente si consideramos que la gran mayoría de ellas son de dos tipos, traumatismos y quemaduras.

A la hora de estudiar las menciones oculares, tiene mayor interés su estudio desde una perspectiva longitudinal. Para ello hay que pasar, de la perspectiva transversal de las menciones clasificadas en grandes grupos, a la perspectiva longitudinal de las trayectorias individuales. Las trayectorias había que agruparlas en función de algún criterio buscando semejanzas. Para ello opté por hacerlo a partir de las menciones presentes, haciendo aparecer los historiales una vez por cada mención que incluyesen, dando lugar a numerosas repeticiones. Posteriormente he representado gráficamente las trayectorias en cada uno de estos grupos y generado la relación detallada de todas las observaciones en cada uno de estos historiales, ordenados estos últimos por fecha de entrada para detectar cambios en el tiempo. Un primer análisis de estas trayectorias me permitió anotar comentarios y reasignar algunos historiales a un grupo diferente. A continuación, realicé un análisis cualitativo, longitudinal y tipológico de los historiales, agrupados en función de las menciones y ordenados en el interior de esos grupos por un criterio cronológico. Por último, llevé a cabo una descripción de los grupos buscando semejanzas y diferencias con otros grupos. El resultado es el análisis cualitativo de las trayectorias.



Fuente: HMP reconocimientos médicos y partes de accidente. Elaboración propia.

Figura 3. Esquema de los trabajos realizados para esta tesis.

# Capítulo 3. El Archivo del Hospital Minero

---

En este capítulo procedo a describir los dos ficheros de datos surgidos de los archivos del Hospital Minero, el fichero de reconocimientos médicos y el de partes de accidente. De ellos proceden los historiales con riesgos oculares que analizo en la segunda parte de esta tesis. Comienzo el capítulo describiendo las condiciones en las que se gestan ambos archivos. Si el archivo de los partes de accidente responde directamente a las obligaciones que la LAT establece para los patronos en caso de accidente, el archivo de los reconocimientos surge unos años más tarde en un intento de limitar las indemnizaciones a los sucesos fortuitos, de acuerdo con la interpretación restringida que la patronal hace de la ley. Con el tiempo la legislación dará cobertura a la práctica de los reconocimientos. Analizo a continuación el conjunto de los reconocimientos identificando los factores que definen su evolución. Entro también en el contenido volcado en los mismos con el fin de identificar su diferente naturaleza y describir la evolución de las funciones desarrolladas por el Servicio Médico a partir de las pistas proporcionadas por dichos contenidos. Por último describo los partes de accidente centrándome en su funcionamiento de la mano de los testimonios encontrados en los mismos. Finalmente, el análisis cuantitativo de los partes ofrecerá su distribución anatómica y una tabla con el cálculo anual de historiales que incluyen accidentes.

## 1. Génesis del Archivo

Próximo a concluir el s. XIX, el Reglamento de Policía Minera estableció, en 1897, la obligación para el empresario minero de disponer de medios de auxilio y de asistencia y de hacer frente a los gastos de atención sanitaria de los accidentados. Ya en el nuevo siglo, la LAT de 1900 amplía esta obligación al resto de industrias cubiertas por la ley y así, según su art. 4º, los patronos deben proporcionar asistencia médica y farmacéutica desde el primer momento a los heridos por accidente, correspondiendo la dirección de la asistencia médica, en el curso de la dolencia, al facultativo designado por el patrono.



El Reglamento para el desarrollo de la LAT, de 28 de julio de 1900, establecía además que los facultativos debían certificar la baja y el alta del obrero o, en su caso, la defunción del mismo. Una vez producida la curación, el facultativo debía certificar en su caso la incapacidad resultante del accidente (art. 18). El mismo Reglamento establece que, en las certificaciones anteriores, la lesión o en su caso la incapacidad resultante sean descritas “lo más detalladamente posible” (art. 19). En definitiva, al facultativo designado por el patrono le correspondía, además de su función asistencial propia, la gestión burocrático-administrativa de los accidentes. En Peñarroya, todas estas labores de gestión generaron, a partir de 1902, una documentación en forma de **partes de baja y de alta** que, convenientemente refundidos, forman nuestro FD Partes. En esos partes aparece la descripción del accidente, con posibles testigos en su caso, la identificación del sujeto y del puesto que ocupaba con indicación del jornal, y las consecuencias del accidente.

Si la LAT de 1900 crea la necesidad de llevar un registro de los accidentes de trabajo, no llega a mencionar en ningún caso los reconocimientos. Ni la LAT de 1900 ni los Reglamentos que la desarrollan –julio de 1900 y julio de 1903– hablan de reconocimientos médicos previos a la entrada. Aun así, estos se realizan de manera sistemática en Peñarroya a partir de 1904, tras la publicación del Reglamento de Incapacidades de 1903. El origen de los reconocimientos se encuentra en la concepción patronal del accidente de trabajo, mucho más restringida que la expresada por los representantes de los trabajadores e incluso más restringida que la recogida en la ley, limitando el accidente a “Todo hecho que produzca una lesión corporal ocasionada por una causa exterior, fortuita, súbita, violenta e involuntaria” (Montero García, 1988: 153). A la hora de aplicar la ley, esta última fue la interpretación que hicieron valer los patronos negando el derecho a la indemnización a todo proceso de lenta formación, infeccioso, o no traumático, derivado en definitiva de la *condición orgánica* del obrero. En consonancia, correspondió al Servicio Médico la detección precoz de predisposiciones que permitieran rechazar con posterioridad el carácter súbito del accidente en aquellos casos excluibles de la indemnización prevista en la ley –de acuerdo con la lectura que hacía la patronal de la misma. A tal fin se llevaron a cabo reconocimientos médicos a la entrada al trabajo –sin olvidar su aportación a una función de selección de la fuerza de trabajo–, con carácter periódico y a aquellos obreros que cambiaban de Servicio dentro de la Sociedad. Se generaba así un segundo conjunto de documentos, los denominados **reconocimientos médicos**, en los que se volcaban los resultados de una exploración inicial del candidato al trabajo con indicación de datos sobre su identidad personal, puesto a ocupar, etc.

A diferencia de lo ocurrido en España, en la Francia de comienzos del siglo XX la práctica de la visita médica había topado con la oposición obrera. Si por una parte veían en ella el riesgo de proporcionar información a los patronos, por otra, la cultura obrera francesa asimilaba este procedimiento al que se venía sometiendo desde el siglo XIX a las mujeres prostitutas (Buzzi, Devinck y Rosental 2006).

En Peñarroya los reconocimientos se orientarán desde un primer momento hacia el registro de predisposiciones a hernia (Cohen y Fleta 2011), definidas como causa de incapacidad parcial en el Reglamento de 1903. Con ello se buscará limitar su impacto en el montante de las indemnizaciones. No en vano la hernia concentrará gran parte de la oposición patronal a la ley y, así, en 1910 y 1911, dirigirán una petición al

Ministro del Interior destinada a suprimir la hernia del listado de incapacidades. Los informes médicos traídos en su apoyo hablarán de la *debilidad orgánica* como único origen de la hernia, salvo en aquellos raros casos en los que se produzca como resultado de un suceso traumático. De acuerdo con estos informes, la predisposición natural a desarrollar hernias entre los individuos de la clase obrera se hallaba presente en un 75% de ellos (Cohen y Fleta 2011).

En 1917, el Real decreto de 15 de marzo recoge, como resultado de esas presiones<sup>27</sup>, la modificación de determinados artículos en el Reglamento de 1903 y la inclusión de otros nuevos. Por una parte, establece la necesidad de elaborar una información médica detallada que permita establecer sin ninguna duda el carácter repentino de la hernia (art. 16). Por otra, faculta al patrono para llevar a cabo reconocimientos médicos de cara a establecer la predisposición a padecer hernias (art. 17). Por último, limita el pago de la indemnización por incapacidad permanente a consecuencia de hernia a los casos en los que se verifique su condición de hernia de fuerza o por accidente (art. 18).

En 1919, el Real decreto de 19 de junio cierra el círculo estableciendo, en su artículo 19, la obligatoriedad de someterse al reconocimiento médico. La negativa del obrero de someterse al mismo llevaría a presumir el padecimiento previo de una hernia o su predisposición.

Las posteriores LAT incorporarán estas modificaciones sin grandes cambios. En el artículo 20 de la LAT de 1932 se añaden una serie de síntomas que permitirían identificar la predisposición.

---

<sup>27</sup> Presiones que figuran de forma explícita en la exposición del RD de 1917: “Varias Sociedades industriales se han dirigido al Ministerio de la Gobernación en súplica de que en los Reglamentos dictados para la aplicación de la ley de Accidentes del trabajo, se modifique el de 8 de Julio de 1903 en el sentido de suprimir la hernia de las incapacidades definidas”.

## 2. Los reconocimientos médicos

Si los partes surgen de la mano de la legislación, los reconocimientos constituyen una práctica patronal creada en respuesta a la amenaza que representa esa legislación. Es esperable por tanto que en su interior encontremos evidencias de la gestión de los riesgos llevada a cabo por la empresa: los reconocimientos fluctuarán en mayor medida que los partes en función de la coyuntura que atraviese la empresa.

Para poder acceder a los contenidos presentes en los reconocimientos, tuve que proceder en primer lugar a su codificación, generando un total de 184 categorías diferentes. De ellas, las anotaciones sobre la *utilidad* de los candidatos suponen una valoración global sobre el resto de anotaciones, por lo que no son tabuladas aparte. El conjunto de estas valoraciones sobre la Utilidad las agrupé en torno a 69 categorías que fundí en 6 clases generales y reduje finalmente a 3. Estas últimas representan las situaciones siguientes:

- a) *Útil o admisible*. Anotación expresa como *útil o admisible*. Estos términos se han unido en una misma categoría por ser en gran medida equivalentes. Hasta 1909, encontramos números reducidos de *admisibles*. Junto a ellos, números hasta diez veces superiores de *útiles*. En 1910 tiene lugar un proceso de sustitución de los segundos por los primeros desapareciendo la calificación de *útil* de los reconocimientos. A partir de 1920 volvemos a encontrar *útiles* en las cantidades anteriores hasta el final del periodo de observación.
- b) *Útil pero o admisible condicional*. Recoge aquellos casos en los que se declara la utilidad de forma expresa y se menciona algún inconveniente o condición previa a la entrada, como puede ser la necesidad de firmar la anotación realizada por el médico. En la práctica son todos aquellos casos en los que se realiza una valoración expresa sobre la utilidad y se encuentran a medio camino entre la declaración como útil y la declaración como inadmisibile.
- c) *Inadmisibile*. Todos aquellos casos en los que figura *inadmisibile*, *inútil*, *incapacidad* o *no debe admitirse*.

El resto de anotaciones las agrupé en otras seis categorías. A saber:

- a) *Edad*. Incluí tanto las referencias a la falta de edad mínima para ser admitidos como las que señalan un exceso de edad —envejecidos, desgastados—. Con anterioridad ya han sido objeto de análisis monográficos los casos en los que se ha detectado escasa edad (Cohen y Fleta 2013) y aquellos en los que el médico de la empresa ha hecho constar desgaste o edad avanzada (Cohen y Fleta 2012).
- b) *Identidad*. Bajo esta categoría agrupé las menciones que, o bien indicaban señales corporales que permitían la identificación del obrero, o bien llamaban la atención sobre posibles fraudes de identidad.

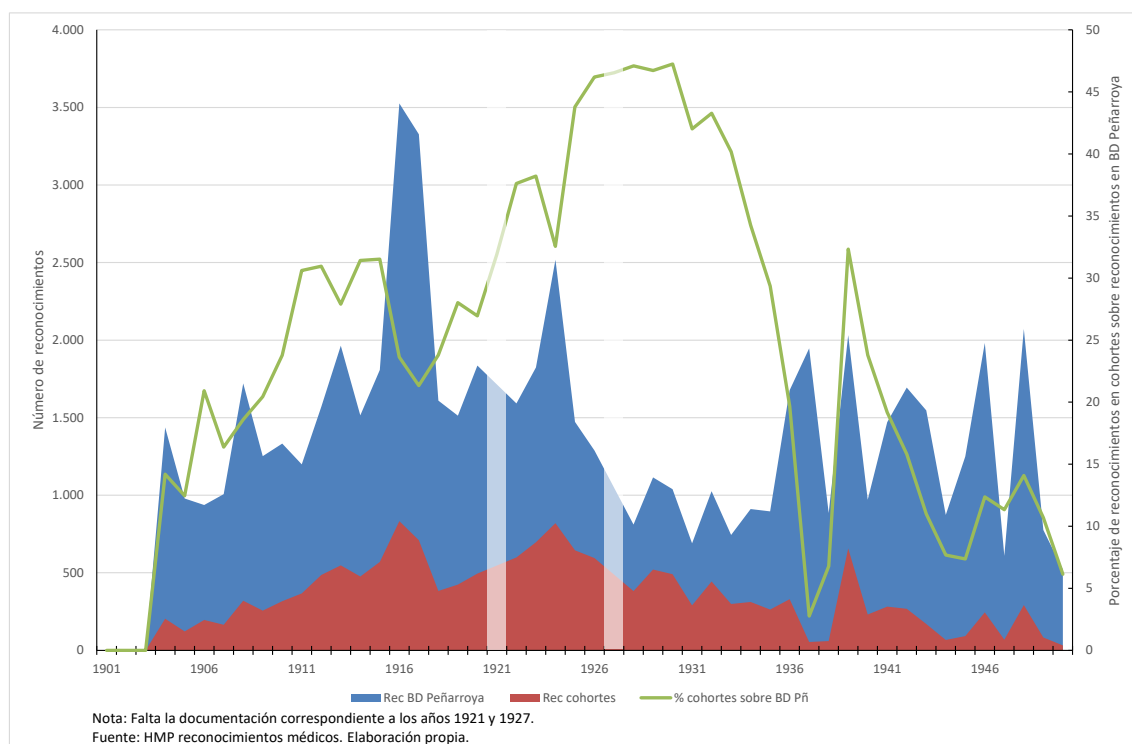
- c) *Disciplina*. Incluí básicamente tres tipos de comentarios: en primer lugar, los reducidos –aunque muy ilustrativos– casos en los que se señala la admisión del candidato por indicación de la Dirección. En segundo lugar, el visto bueno dado por la Guardia Civil sobre los antecedentes del obrero. Por último, diferentes comentarios relativos a la conservación del orden entre los obreros: la adopción de medidas disciplinarias por motivos diversos, el parentesco con obreros *inadmisibles*, etc.
- d) *Hernias*. Las hernias también fueron objeto en su día de un estudio monográfico (Cohen y Fleta 2011). En esta ocasión he incluido bajo esta categoría no solo las menciones a hernias y a predisposiciones, sino cualquier tipo de señal utilizada para indicar la probabilidad futura de padecer una hernia.
- e) *Pérdidas anatómicas y/o funcionales*. Bajo esta categoría englobé los casos en los que se señalaba la falta de algún miembro (22,4%), falange (23,1%), o incluso incisivos (2,2%). Incluí también las anquilosis (39,9%) y fracturas (12,3). En definitiva, los casos en los que se señalaban pérdida o menoscabo de la integridad física.
- f) *Otras dolencias*. Bajo esta denominación clasifiqué el resto de señales que indicaban algún problema de salud o *dolencia*. La categoría se encuentra enormemente atomizada en multitud de señales diferentes.

## 2.1. La dinámica de los reconocimientos médicos

Como he dicho arriba, es esperable que los reconocimientos fluctúen en función de la coyuntura, verificándose este extremo tanto en su número como en sus contenidos. Los reconocimientos correspondientes a las tres cohortes seleccionadas suman 16.225, el 25,0% sobre un total de 64.916 disponibles en la BD de Peñarroya. Si bien ambos conjuntos siguen una evolución paralela a lo largo de las tres primeras décadas del siglo pasado, el hecho de haber limitado nuestro foco a las cohortes entradas antes de 1931 tiene como resultado que, a partir de ese año, ambos conjuntos se distancien progresivamente. Esta tendencia general no impide cierto distanciamiento en determinados momentos. En efecto, en los años de mayor entrada de efectivos, 1916 y 1924, el pronunciado incremento del conjunto de los reconocimientos de la BD Peñarroya no se ve acompañado de un aumento proporcional de los reconocimientos de las cohortes. La Figura 4 muestra cómo en los momentos de mayor necesidad de mano de obra se hace uso mayoritariamente de obreros adultos (Cohen y Fleta 2013). La curva que dibujan las cohortes no presenta incrementos ni caídas tan pronunciados como los que se aprecian en la curva del total de los reconocimientos y que deja al margen las entradas que tienen lugar en los años 40.

Como muestra la Figura 4, la mejor cobertura del total de reconocimientos de la BD Peñarroya la tenemos en la segunda mitad de los años veinte y primera mitad de los treinta. Con la Guerra Civil, apenas se realizan reconocimientos a nuestras cohortes que volverán a aparecer con fuerza –en términos relativos– en 1939. A partir de esa fecha comienza un descenso que situará las magnitudes de los últimos años en torno a una media del 10% sobre el total de los reconocimientos realizados a la BD Peñarroya. La consecuencia de todo esto para nuestro análisis es que podemos estudiar bien los

reconocimientos realizados a los historiales seleccionados a lo largo de nuestro periodo de observación. Sin embargo, en los momentos de mayor demanda y, sobre todo, a medida que dejamos atrás 1931, la representatividad de nuestras cohortes sobre el conjunto de la BD Peñarroya irá disminuyendo.



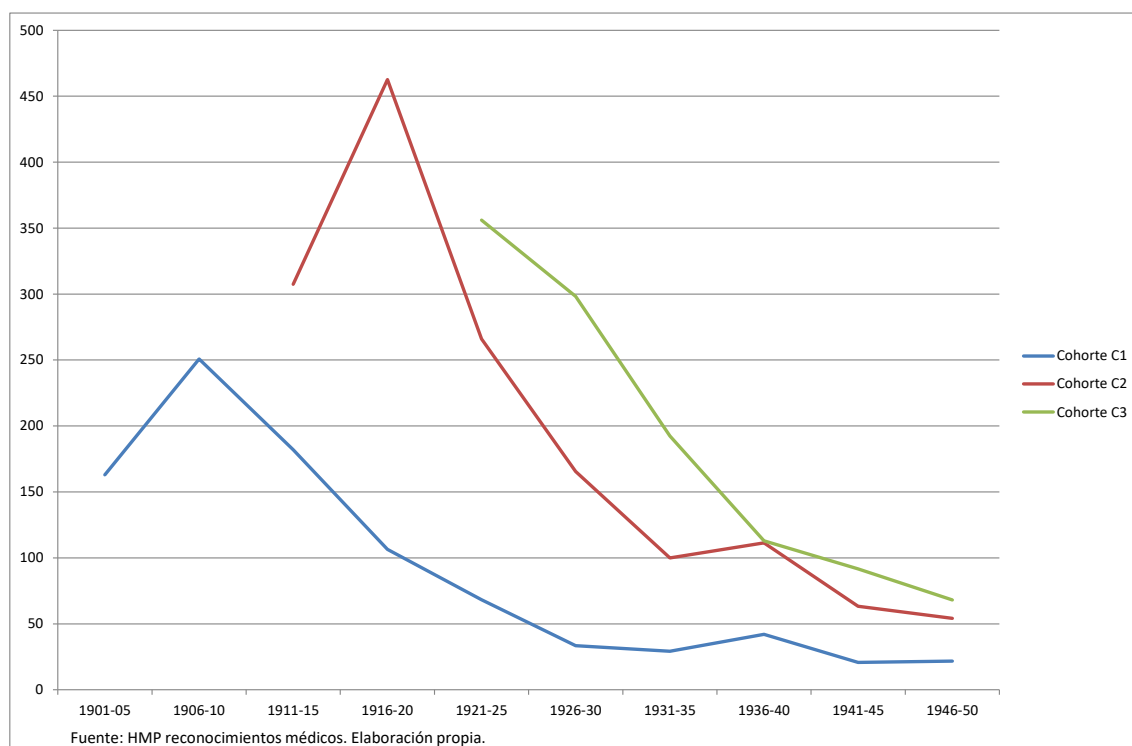
**Figura 4. Evolución del número de reconocimientos de la BD Peñarroya y del conjunto de las tres cohortes**

El área que representa el conjunto de los reconocimientos de la BD Peñarroya muestra de forma clara las fases de expansión y de contracción del empleo:

- Fuerte expansión en torno a la IGM y fuerte caída posterior
- Nuevo incremento aunque menor a mediados de los 20 y caída posterior hasta la Guerra Civil
- En 1936 y 1937 hay un nuevo incremento vinculado a la inestabilidad de la guerra y al *reclutamiento* de *nuevos* obreros (Cohen y Fleta 2012; Ferrer et al. 2005).
- En 1939 vuelven a realizarse numerosos reconocimientos a los miembros de nuestras cohortes, ausentes durante la Guerra Civil.
- En la década de 1940 tenemos importantes oscilaciones en el número de reconocimientos de la BD Peñarroya.

Las cifras de reconocimientos realizados a nuestras cohortes muestran un incremento paulatino hasta el máximo de 1916 (con 833), coincidiendo con el pico de reconocimientos en la BD Peñarroya. Caída posterior y nuevo incremento paulatino hasta su segundo máximo de 1924 (820). A partir de ahí descenso prolongado hasta 1937 y 1938 en el que los reconocimientos apenas superan el medio centenar (54 y 60)

coincidiendo con la Guerra Civil. La falta de reconocimientos de los miembros de las tres cohortes durante este tiempo, sin que exista un correlato entre los reconocimientos de la BD Peñarroya, invita a pensar en la *ausencia* de gran parte de los integrantes de nuestras cohortes hasta 1939. El pico de 1939 y los años posteriores atestiguarían su posterior *reingreso* en la Compañía. Desde comienzos de los años cuarenta encontramos una curva suavemente descendente hasta el final de la serie aunque con dos incrementos en 1946 y 1948. Carecemos de los datos correspondientes a los años 1921 y 1927.



**Figura 5. Número de reconocimientos de las cohortes. Promedios anuales por quinquenio documentado.**

Junto a los efectos derivadas de acontecimientos *externos*, los reconocimientos se ven afectados por dinámicas propias que inciden en su número. La primera de ellas tiene que ver con la disminución de los realizados a cada cohorte a medida que avanza el periodo de observación. Para mostrarlo, represento en la Figura 5 la media quinquenal de los reconocimientos anuales por cohorte. Para ello he contado el número anual de reconocimientos de cada cohorte y a continuación he calculado la media aritmética para el quinquenio sobre los años para los que disponemos de documentación, esto es, exceptuando 1901-1903, 1921 y 1927. Como cabía esperar, la gran mayoría de los historiales comienzan con un reconocimiento realizado a la entrada al trabajo. Los casos en que esto no ocurre, aquellos que comienzan por un parte de accidente, son una minoría más frecuente en la primera cohorte. El reconocimiento es además uno de los dos testigos disponibles que permiten constatar la presencia del obrero en la Compañía. De acuerdo con todo ello, el mayor número de reconocimientos de una cohorte dada se encontrará a lo largo de la década de entrada en observación de esta, tal y como muestra la Figura 5. En el caso de las cohortes C1 y C2, el máximo se encuentra en el segundo quinquenio de observación, mientras que para la cohorte C3

este máximo se sitúa en el primer quinquenio. A partir de esa primera década, el volumen de reconocimientos tiene un descenso continuado hasta su estabilización en cifras muy reducidas o hasta el cierre del periodo de observación.

Este *agotamiento*, entendido como la reducción del número de reconocimientos realizados a la cohorte a medida que avanza el periodo de observación, tiene una primera explicación: la salida de observación de sus efectivos desde una fecha temprana. Para tratar de mostrar esta he tenido en cuenta el tiempo que permanecen en observación. Esto es, la duración del historial desde que se produce su entrada hasta su salida en unidades de 365,25 días de calendario. Con este cómputo, quedan sin contabilizar los últimos años que el obrero puede permanecer en la Compañía sin ninguna observación posterior, como tampoco se tiene en cuenta el tiempo que pueda llevar antes de su primera observación. Incluyo también las falsas permanencias en observación de obreros que salen y vuelven a entrar al cabo del tiempo. Los resultados se muestran en la Tabla 1, donde se aprecia que uno de cada cuatro historiales no cumple un año en observación y que algo más de la mitad de la cohorte no cumple su décimo aniversario en observación. Esta volatilidad la encontramos en las tres cohortes aunque puede decirse que, desde el primer aniversario, se aprecia una mayor permanencia en C1 que en C2 y en C2 más que en C3, a pesar de estar afectada por la coyuntura alcista de la IGM.

**Tabla 1. Proporción de historiales que alcanzan a cumplir su x aniversario en observación**

Aniversario	C1	C2	C3	Total
1	78,9	73,5	72,3	74,3
5	65,0	58,8	60,4	60,6
10	48,1	44,8	46,4	46,0
15	37,6	37,1	32,5	35,6
20	31,0	28,3	17,3	25,2
25	26,5	18,8	5,9	16,1
Nº de hist.	1.025	2.219	1.650	4.894

Fuente: Hospital Minero de Peñarroya, reconocimientos médicos y partes de accidente. Elaboración propia.

A medida que avanzamos en los aniversarios, las diferencias entre las cohortes son en mayor medida un reflejo de la reducción del período de observación: cuanto más tardía sea la fecha de ingreso de una cohorte, mayor será la probabilidad de ver reducida la permanencia de sus efectivos por la interrupción de la observación. Debe tenerse en cuenta que el período máximo de observación es, para la tercera cohorte, de 30 años, para la segunda se amplía a los 40 años y para la primera casi alcanza los 50 años.

La salida de observación se combina además con la reducción de la frecuencia con la que se realizan los reconocimientos. La unión de ambos elementos hace más pronunciada su paulatina disminución. Esto podemos apreciarlo representando el número de reconocimientos realizados en un año por cada 100 historiales abiertos a uno de enero de ese año tal y como aparece en la Figura 6. Pero antes de proceder con este cálculo, debemos reflexionar sobre los problemas que supone establecer una cifra de historiales en observación.

La gran dificultad que presenta el trabajo con la BD Peñarroya se encuentra en conocer el número de obreros presentes en un momento dado. A falta de esta cifra precisa, he utilizado una estimación del número de historiales abiertos como indicador más próximo a la cifra anterior. Un historial se cuenta como abierto durante todo el tiempo que transcurre entre su primera y su última observación. Las diferencias entre historiales abiertos y obreros presentes en la Compañía son las siguientes:

1. *La permanencia en observación.* Entre la primera y la última observación pueden existir periodos durante los cuales el obrero no se encuentre trabajando para la Compañía. En esos periodos lo contaremos como presente. Este error puede suponer que entre dos picos de entrada coyuntural de efectivos, la disminución de estos sea algo menos pronunciada de la que dibujaría la permanencia real. Existen historiales con periodos de silencio muy prolongado sin que podamos establecer su permanencia en la Compañía o su salida temporal de la misma.
2. *La entrada en observación.* Existe un número indeterminado de obreros que se encuentran trabajando en la empresa sin haber pasado por el reconocimiento. La mayoría de ellos los encontramos en los primeros años de la serie.
3. *Falsas entradas.* A veces resulta muy difícil distinguir entre los obreros que han entrado realmente a trabajar y aquellos que únicamente han sido reconocidos sin llegar a entrar en la empresa. Incluso, dado que la valoración médica es únicamente un criterio a considerar por parte de los responsables de la contratación, tampoco podemos utilizar el resultado del reconocimiento para establecer si el obrero ha entrado o no en la Compañía. Lo único que puede establecerse a ciencia cierta es su permanencia cuando esta es acreditada mediante un parte de accidente posterior. Todo obrero que haya sido reconocido figurará en nuestro listado de historiales, incluso si no hubiera sido admitido.

Tampoco podemos aislar los casos con un único reconocimiento para reducir la cifra de falsas entradas. Al encontrar un rechazo a la entrada, el obrero puede volver a intentarlo en diferentes ocasiones ya lo largo de diferentes años! El resultado de esto último puede ser un historial ficticio de un obrero que nunca llegó a entrar pero que lo intentó con 13, 20 y 30 años. La probabilidad es reducida pero existe.

4. *La salida de observación.* El cierre del historial se produce en la fecha de la última observación aun cuando esta no es sino la constatación de que el obrero permanece allí. Al no ser posible establecer cuánto tiempo más permanece, se opta por tomar la fecha de la última presencia acreditada como fecha de cierre. En este sentido, todos los historiales tendrían una duración teórica –es decir, haciendo abstracción de posibles ausencias temporales– mayor –salvo contadas excepciones– de la que contabilizamos.

Por otra parte, a medida que nos acercamos al cierre del periodo de observación, la cantidad de historiales abiertos se reduce de forma drástica. Por definición, no podemos observar la continuidad más allá del periodo de cierre y muchos de los historiales que se cierran en los últimos años podrían



seguir abiertos de ampliarse ese periodo. Esto reduce artificialmente la cifra de historiales abiertos.

5. *Errores en la reconstrucción del historial.* A la hora de reconstruir historiales se ha podido cometer errores de asignación incorrecta de observaciones. De dos tipos:
  - a) *Fusiones incorrectas.* Observaciones correspondientes a obreros diferentes unidas en un mismo historial.
  - b) *Escisiones indebidas.* Observaciones de un mismo obrero separadas en dos o más historiales distintos.

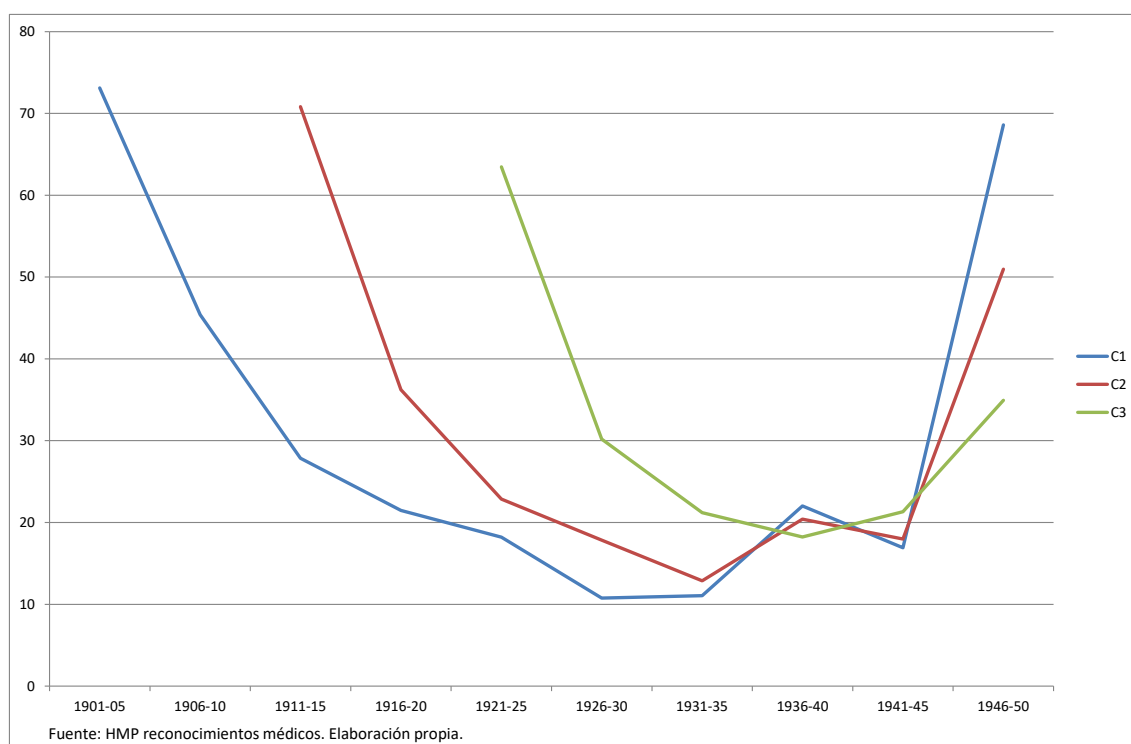
Esta relación de dificultades a las que se enfrentan los datos pretende llamar la atención sobre los límites de los análisis que figuran a continuación. Con ella trato de hacer explícitas las restricciones que he encontrado en este trabajo. La conclusión general que extraigo de ellos es la dificultad para realizar análisis de detalle. En este sentido, los datos de Peñarroya no permiten estudiar exhaustivamente la epidemiología de la población obrera. En primer lugar, y sobre todo, por los filtros que limitan la aparición de la información en nuestra documentación. Pero también, en segundo lugar, por los obstáculos que igualmente encontramos para calcular de manera indudable la cifra de obreros presentes en cada momento en Peñarroya, las dificultades para establecer un denominador fiable. Sin embargo, la robustez del dato grueso queda avalada por el volumen de información manejada, por la idoneidad de las decisiones adoptadas y por el hecho de que los resultados mantienen un comportamiento coherente.

Con todo, las cifras que aquí se presentan permiten el acercamiento cuantificado –poco habitual– al lugar en el que se hace efectiva la gestión de la salud laboral. Permiten incluso dar la medida de las diversas prácticas que allí se llevan a cabo. Este ejercicio proporciona los *datos brutos (raw data)* que suelen permanecer al margen de los análisis de los riesgos laborales.

Para contar el número de historiales abiertos a uno de enero del año  $x$  he considerado todos aquellos historiales con fecha de entrada anterior y fecha de salida posterior a uno de enero de ese año. Este procedimiento difiere del seguido para el cálculo de la cifra relativa de partes de accidente, donde, como se explica más adelante, he excluido del cálculo el número de historiales que permanecen menos de 365 días en observación, buscando suprimir las falsas entradas. La razón es que la probabilidad de generar un parte de accidente se encuentra íntimamente vinculada a la permanencia *efectiva* en observación. En el caso de los reconocimientos, la probabilidad está asociada a la permanencia real en observación y también a la demanda –exitosa o no– de empleo. Es por ello que aquí no se excluyen las falsas entradas.

El número de reconocimientos por cien historiales se encontrará muy próximo o superará la centena dado que el acceso a la Compañía se produce, de forma generalizada, tras el requisito del reconocimiento médico. La gran mayoría de los historiales comienzan por un reconocimiento. Los pocos casos que comiencen con un parte se verán compensados y superados por un número mayor de reconocimientos

debido a los intentos reiterados por entrar de un mismo obrero a los pocos meses de un rechazo a la entrada y, sobre todo, por el elevado número de reconocimientos en algunos historiales. En la Figura 6, las tres curvas parten de un número elevado de reconocimientos por cada 100 historiales abiertos. Durante el primer quinquenio, las cifras para el conjunto de las cohortes oscilan entre 63 y 73. A medida que avanzan los años, se acumula el número de historiales de la cohorte abiertos y con ello se va incrementando paulatinamente el denominador. En el segundo quinquenio de entrada coinciden los historiales que entraron en el quinquenio anterior -y que tienen algo menos de 10 años en observación- con los historiales que están entrando en observación. Esta combinación producirá cifras menos elevadas que en el primer quinquenio, entre 30 y 45 por cada 100 historiales abiertos.



**Figura 6. Número de reconocimientos por cada 100 historiales en observación. Promedios quinquenales.**

El número de reconocimientos continúa reduciéndose a medida que avanza el tiempo de observación de la cohorte. Las cifras iniciales se sitúan en torno a 65 reconocimientos anuales por 100 historiales abiertos a uno de enero. En el segundo quinquenio pasan a una media inferior a 40 y siguen descendiendo hasta los 25 en el siguiente. La caída parece estabilizarse por debajo de los 15 reconocimientos por 100 historiales para las tres cohortes y así parece seguir hasta la irrupción de la Guerra Civil. Como se ha podido ver con anterioridad, en los años 1937 y 1938 se reduce mucho el número de reconocimientos realizados a los miembros de las tres cohortes (54 en 1937 y 60 en 1938). En 1939 aumentan los reconocimientos multiplicando por 10 el número de los realizados a lo largo del año anterior (657 en 1939). La media quinquenal se sitúa así en torno a 20 reconocimientos anuales por cada 100 historiales abiertos.

En los dos últimos quinquenios, la reducción drástica de los historiales junto con un mantenimiento de las cifras de reconocimientos elevan las proporciones de

forma artificial. En efecto, el cierre del periodo de observación supone que dejamos de seguir un cierto número de historiales que, de prolongarse dicho periodo, continuarían abiertos. Al mismo tiempo, las cifras de reconocimientos mantienen sus niveles ordinarios –con importantes altibajos. En el último quinquenio abundan, en la cohorte C1 y algo menos en C2, los reconocimientos repetidos a un escaso número de historiales abiertos. En ellos se señala de forma rutinaria la utilidad de los obreros y, en la mayoría de las ocasiones, “firman sus hernias”. Cuando distinguimos por cohortes y comparamos en función de los quinquenios en observación, vemos que las cifras son, para cada nueva cohorte, algo más reducidas que para la anterior. Y esto es así a lo largo de toda la trayectoria, a excepción de la década de 1936 a 1945.

Si traducimos las cifras anteriores al tiempo necesario para que se realice un número de Reconocimientos equivalente al 100% de la cohorte que permanece en observación, vemos que en el primer quinquenio de seguimiento es suficiente algo más de un año. En el segundo quinquenio algo más de dos años para C1 y de tres para C3. En el tercer quinquenio se necesitarían entre cuatro y cinco. Y así seguiría descendiendo la frecuencia de los reconocimientos hasta el sexto quinquenio en que se precisa casi una década para que se lleve a cabo en la cohorte C1 un número de reconocimientos equivalente al conjunto de los historiales abiertos en ese momento.

En definitiva, observamos un proceso de maduración de acuerdo con el cual, a medida que avanzan los años de observación, el número de reconocimientos realizados a los obreros va descendiendo paulatinamente –en ausencia de acontecimientos externos. Si a lo largo del periodo de entrada en observación se realizan anualmente reconocimientos a tres de cada cuatro historiales abiertos, al cabo del sexto quinquenio se reduce a 1 de cada 10.

La caída de los reconocimientos a medida que avanza la trayectoria de las cohortes era esperable. El fenómeno que debe llamar nuestra atención es la continuidad de los reconocimientos en obreros que ya llevan más de una década en la Sociedad. Parece claro que el reconocimiento no iba dirigido exclusivamente a detectar debilidades orgánicas *a la entrada*, también buscaba aquellas otras que iban *surgiendo* con el paso de los años. Mediante la detección precoz de un síntoma –el primero de ellos la hernia o su propensión– que pudiese mostrar su carácter paulatino y no fortuito, la empresa podía evitar el pago posterior de la indemnización. Hablamos por tanto de un proceso de naturalización mediante el cual se busca atribuir los problemas de salud que van apareciendo en los obreros tras años de penoso trabajo a su *debilidad orgánica*.

## 2.2. Contenidos presentes en los reconocimientos

Más allá del número de reconocimientos y su evolución, interesa seguir el rastro dejado por la gestión de los riesgos en el contenido de estos documentos. En los informes médicos de reconocimiento encontramos un primer tipo de contenidos que denomino *valoraciones sobre la utilidad* del obrero. Consisten en una valoración global que realiza el médico sobre el estado del obrero de cara a su aprovechamiento para el trabajo. Son muy numerosos, estando presentes en la gran mayoría de los reconocimientos. Dado su número y su naturaleza tienen un apartado propio. El segundo gran apartado que distingo se compone de todas las apreciaciones sobre la salud del obrero. En su interior diferencio entre el muy numeroso registro de hernias y

predisposiciones a hernias, pérdidas anatómicas y resto de patologías. Otros tipos de contenidos considerados en este análisis son las anotaciones sobre la edad, las relativas a la identidad de los obreros y aquellas de tipo disciplinario. A continuación analizo cada una de estas categorías.

En las tablas que siguen he calculado porcentajes sobre el número de reconocimientos en lugar de referir los cálculos al número de historiales. He procedido así con las valoraciones sobre la utilidad, en la Tabla 2, porque esta no es atributo de los historiales. En primer lugar, la *utilidad* tiene un componente coyuntural. Si bien, en ocasiones, la categoría inadmisibile puede funcionar como un estigma que debe ser eliminado para poder entrar, los resultados posibles de la valoración de utilidad no alcanzan a definir un estado en el que se pueda encontrar un historial desde su apertura hasta su cierre. Útil o inadmisibile son características asociadas al reconocimiento. En segundo lugar no es fiable: un mismo diagnóstico puede generar dos valoraciones muy diferentes y, con mayor frecuencia, dos diagnósticos muy diferentes de una misma persona pueden conducir a una valoración similar. A la vista de las variaciones en las valoraciones sobre la utilidad, queda claro que estas no responden solo ni siempre a un criterio más o menos objetivo que pudiera mantenerse estable en el tiempo o entre diferentes observadores. No es una valoración fiable desde la perspectiva longitudinal del historial. Por todo ello, las cifras relativas de las distintas valoraciones de la utilidad las he calculado sobre el total de reconocimientos.

De la misma forma, para las anotaciones he calculado, en la Tabla 3, cifras relativas sobre el número de reconocimientos realizados en el periodo. Ocurre, sin embargo, que al hacer esto se mezclan cosas diferentes. Tenemos, por una parte, el reconocimiento, que es la unidad básica a la que se remiten las anotaciones. Tenemos, por otra, las anotaciones, que no guardan una relación uno a uno con los reconocimientos: en un reconocimiento podemos encontrar varias anotaciones diferentes. Es por ello que, para cada tipo de anotación concreta, los valores relativos señalan la proporción de reconocimientos en los que figura para un periodo dado. Sin embargo, la columna total suma los diferentes tipos de anotaciones, pudiendo coincidir más de un tipo en un único reconocimiento –por ejemplo cuando el médico anote una hernia junto a la edad excesiva del obrero reconocido. De esta manera, las cifras relativas que aparecen bajo el epígrafe Total indican una cifra de anotaciones *modulada* en función del volumen total de reconocimientos realizados en el periodo.

### 2.2.1. Valoraciones sobre la utilidad del obrero

Las valoraciones sobre la utilidad son las más numerosas dentro del conjunto de los comentarios médicos, estando presentes en el 97% de los reconocimientos. Recogen la valoración global sobre los demás elementos diagnósticos. La Tabla 2 muestra la proporción que suponen los diferentes resultados de la valoración de la utilidad sobre el conjunto de los reconocimientos. La proporción de estos que incluyen una valoración explícita sobre la *utilidad* del candidato parte de la cifra más reducida, el 85%, para ir aumentando paulatinamente hasta alcanzar el 99% entre 1921 y 1940. A partir de ese momento, la valoración explícita se reducirá de nuevo en algo menos de cinco puntos.

En estos datos podemos apreciar el carácter mayoritario de la declaración expresa de un candidato como *útil o admisible*, más del 80% de los casos. La *admisión*

*condicionada* aparece en 15 de cada cien reconocimientos mientras que *inadmisible* se reduce a 8 de cada mil casos. El número de admisibles muestra variaciones entre el 76 y el 88% de los reconocimientos. Las valoraciones como *admisibles condicionales* comienzan en cifras muy bajas durante la primera década. A partir de la segunda década oscilarán entre el 10 y el 20% de los reconocimientos, con importantes altibajos. Los *inadmisibles* tienen dos máximos, en el primer quinquenio y durante la IGM, en 1916-20. A partir de 1931 encontramos muy contados casos en los que se señale inadmisibilidad.

En una lectura entre cohortes, apreciamos que los indicadores de C3 resultan siempre más positivos que los de C1 y C2. La cohorte C3 cuenta con una mayor proporción de valoraciones expresas sobre la utilidad que C2 y esta más que C1. En la cohorte C1 encontramos la menor proporción de útiles o admisibles, la segunda más alta de admisibles condicionales –después de C2– y la segunda más alta también de inadmisibles –después de C2. Es decir, en C3 encontramos más valoraciones explícitas sobre la utilidad del candidato, más valoraciones que indican su condición de útil o admisible, menos de admisión condicional y bastantes menos de inadmisibles.

**Tabla 2. Valoraciones sobre la utilidad. Porcentaje sobre total de reconocimientos**

Años	Útil o admisible				Útil pero... /admisible condicional				Inadmisible				Total de valoraciones de utilidad				Total de reconocimientos			
	C1	C2	C3	Total	C1	C2	C3	Total	C1	C2	C3	Total	C1	C2	C3	Total	C1	C2	C3	Total
1901-05	76,7			76,7	5,5			5,5	2,8			2,8	85,0			85,0	326			326
1906-10	83,0			83,0	7,3			7,3	0,5			0,5	90,7			90,7	1.254			1.254
1911-15	82,3	78,1		79,6	14,0	14,7		14,4	0,8	1,0		0,9	97,0	93,8		95,0	910	1.537		2.447
1916-20	69,9	77,4		76,0	25,9	16,9		18,6	1,1	2,5		2,2	97,0	96,9		96,9	532	2.313		2.845
1921-25	74,4	84,1	92,8	87,6	23,1	14,7	5,8	10,9	1,1	0,7	0,2	0,5	98,5	99,4	98,7	99,0	273	1.064	1.424	2.761
1926-30	78,7	79,8	90,0	85,7	20,6	19,4	9,1	13,4	-	0,4	0,4	0,4	99,3	99,6	99,5	99,5	136	712	1.204	2.052
1931-35	68,5	75,0	80,4	77,6	30,1	24,6	18,9	21,7	-	-	0,3	0,2	98,6	99,6	99,6	99,5	146	500	962	1.608
1936-40	77,1	84,2	88,7	85,0	22,4	14,9	10,1	14,0	-	-	-	-	99,5	99,1	98,8	99,0	210	557	565	1.332
1941-45	63,5	77,6	83,0	78,7	32,7	17,4	13,3	17,1	1,0	0,3	-	0,2	97,1	95,3	96,3	96,0	104	317	458	879
1946-50	71,6	74,9	84,2	78,8	25,7	19,6	9,4	15,7	-	-	-	-	97,2	94,5	93,5	94,5	109	271	341	721
<b>TOTAL</b>	78,2	79,0	87,7	81,5	15,5	16,9	10,6	14,6	0,8	1,2	0,2	0,8	94,5	97,1	98,5	96,9	4.000	7.271	4.954	16.225

Fuente: HMP reconocimientos médicos. Elaboración propia.

Si nos centramos en las declaraciones de inutilidad podemos observar que estas tienen lugar especialmente en los primeros años de cada cohorte. La primera cohorte C1 sufre, a lo largo de su permanencia en observación, un mayor número de declaraciones explícitas de inutilidad, especialmente en el primer quinquenio de entrada. Algo similar le ocurre a la segunda cohorte C2, con la diferencia de que su máximo de declaraciones de inutilidad tiene lugar en su segundo quinquenio de entrada, concretamente entre 1916 y 1917, el período de mayor entrada de efectivos. La misma idea se aprecia cuando calculamos la ratio de inadmisibles en los años de entrada de cada cohorte. Esto es, dividiendo el número de valoraciones como inadmisibles entre el número de reconocimientos realizados a los miembros de la cohorte a lo largo del periodo de entrada de la misma. Así, para C1, la ratio se sitúa en 3,8 por cada mil reconocimientos entre los años 1904 y 1910. Para la segunda cohorte C2, afectada por la entrada masiva de efectivos en 1916 y 1917, encontramos una ratio de 10,2 entre 1911 y 1920. Para la tercera cohorte la ratio desciende hasta 1,6 en el periodo 1921-1930, 2,4 veces inferior a la ratio de C1 y 6,4 veces inferior a la ratio de C2. En otras palabras, asistimos a una caída pronunciada de la proporción de rechazados en la cohorte C3.

En este mismo sentido, podemos apreciar cómo las declaraciones de inutilidad no concluyen en un momento dado del calendario, no desaparecen en un año concreto sino que se extinguen a medida que avanza la cohorte. Pero esta permanencia es menos prolongada a medida que pasamos de la primera a la segunda cohorte y de esta a la tercera.

En resumen, observamos que los *inadmisibles* descienden en la cohorte C3 con respecto a C1 y C2. Si descendiese de forma perceptible el número global de valoraciones, estaríamos ante una caída en el grado de resolución explícita de los reconocimientos. No es esto lo que ocurre, la resolución explícita aumenta con cada nueva cohorte. Nos encontramos claramente ante una reducción de las exclusiones en los reconocimientos.

Viendo las cifras de evaluaciones sobre la utilidad de los obreros uno puede llevarse la impresión equivocada de que estos diagnósticos abrían o cerraban necesariamente las puertas. En efecto, ni todos los valorados como inadmisibles son rechazados para el trabajo ni todos los rechazados han sido calificados de inadmisibles. La valoración como inadmisibile puede ir seguida de la entrada efectiva al trabajo, aunque no es lo habitual. De igual manera que la realización de un reconocimiento sin declaración expresa de inadmisibilidad no conlleva necesariamente la entrada efectiva al trabajo. La eficacia de estas evaluaciones globales era relativa, tal y como se ha puesto de manifiesto en anteriores trabajos (Cohen y Fleta 2012, 2013). Como tuvimos ocasión de mostrar, una anotación aconsejando no emplear a determinado trabajador podía ir seguida de un parte de accidente que verifica su incorporación efectiva poco después, sin tiempo para que haya tenido lugar una modificación sustancial de la condición que llevó al médico a dicha recomendación. El análisis de los historiales con anotaciones oculares proporcionará numerosos ejemplos. Como el siguiente:

**(906,0684)**

1906 [Recon.] *Inútil para trabajar –no ve–.*

1913 [Recon.] *Inadmisibile por su deficiencia de visión. Cicatriz haber padecido rodilla dcha.*

1929 [Parte] *Herida inciso cortante. Dorso de articulación de 2ª y 3ª falange del índice dcho.*

1933 [Parte] *Herida contusa dedo medio mano izda.*

Otra característica de estas valoraciones es su limitada fiabilidad. El hecho de no responder estrictamente a criterios objetivos o definidos hacía que de una misma realidad no se derivasen valoraciones semejantes. Unas mismas condiciones podían concluir en una valoración o en la contraria. En el contenido de los reconocimientos no pueden encontrarse argumentos que simplemente arrojen alguna luz sobre la diferencia de criterio. En otras ocasiones sí es posible imaginar las razones que se encuentran detrás de la aplicación de diferentes criterios de valoración. Sirva un ejemplo. Un reconocimiento realizado a un obrero que tiene más de 40 años y lleva desde los 18 años en la empresa, recoge escuetamente la condición de *útil* del candidato. Si dicho candidato cuenta además con un historial de accidentes de distinto tipo junto a problemas oculares, podemos pensar que, por una u otra razón, se intenta

no hacer visible lo que, por otra parte, es evidente: el desgaste del obrero por el trabajo.

### 2.2.2. Otras anotaciones en los reconocimientos

Paso ahora a analizar el resto de anotaciones presentes en los reconocimientos, diferentes de la valoración sobre la utilidad. La Figura 7 presenta el número total de reconocimientos y sus contenidos a partir de las siguientes categorías:

- Reconocimientos. Número total de reconocimientos realizados a las tres cohortes en el año.
- Número de reconocimientos con contenido. Número anual de reconocimientos en los que se ha encontrado algún contenido diferente de la valoración general de utilidad. Cada reconocimiento se cuenta una sola vez.
- Número de anotaciones. Total anual de anotaciones al margen de la utilidad incluidas en los reconocimientos. En cada reconocimiento con contenido podemos encontrar una o más de una anotación. Así, el número de anotaciones iguala o supera al de reconocimientos con contenido.



**Figura 7. Número de reconocimientos, reconocimientos con contenido y anotaciones diferentes de la declaración sobre utilidad por cada 100 historiales en observación. Total de las cohortes.**

En primer lugar, se aprecia la diferencia entre el número de reconocimientos y el de los de aquellos con algún contenido (RC). Cuando la diferencia se amplía es debido a que, entre los reconocimientos, encontramos un menor número de ellos con algún comentario médico diferente de la valoración de utilidad. Y viceversa, cuando ambas líneas se juntan encontramos alguna anotación en casi todos los reconocimientos realizados. Así, en la primera mitad de nuestro periodo de observación se llevan a cabo numerosos reconocimientos pero no encontramos ningún elemento de diagnóstico

diferente de la valoración de la utilidad del candidato en la mitad de ellos. A partir de 1931 –cuando ya se han cerrado los periodos de entrada de las diferentes cohortes consideradas– ambas líneas están mucho más próximas entre sí: encontramos anotaciones en casi todos los reconocimientos. Con la excepción de 1939 –reentrada posterior a la Guerra Civil– y de los años 1946, 1948, 1949 y 1950. En todos ellos, el incremento experimentado por los reconocimientos se manifiesta mucho menos en los RC, aumentando la distancia entre ambos.

La línea que dibuja el número de anotaciones prácticamente se superpone a la línea de RC. Esto muestra que, en los RC, suele aparecer un único comentario médico. Sin embargo, entre 1908 y 1920, el número de anotaciones se separa del número de RC, mostrando así una cantidad más elevada de ellas en cada RC. Indicador de un mayor número de inconvenientes encontrados a la mano de obra para su admisión o permanencia en el trabajo. Las cifras de anotaciones y las de reconocimientos se aproximan en dos ocasiones y por razones diferentes. La primera de ellas entre 1908 y 1920, por el aumento del número de las anotaciones en los RC. La segunda, entre 1931 y 1938, por encontrar elementos de diagnóstico en casi todos los reconocimientos realizados aunque en una proporción de uno a uno con los RC.

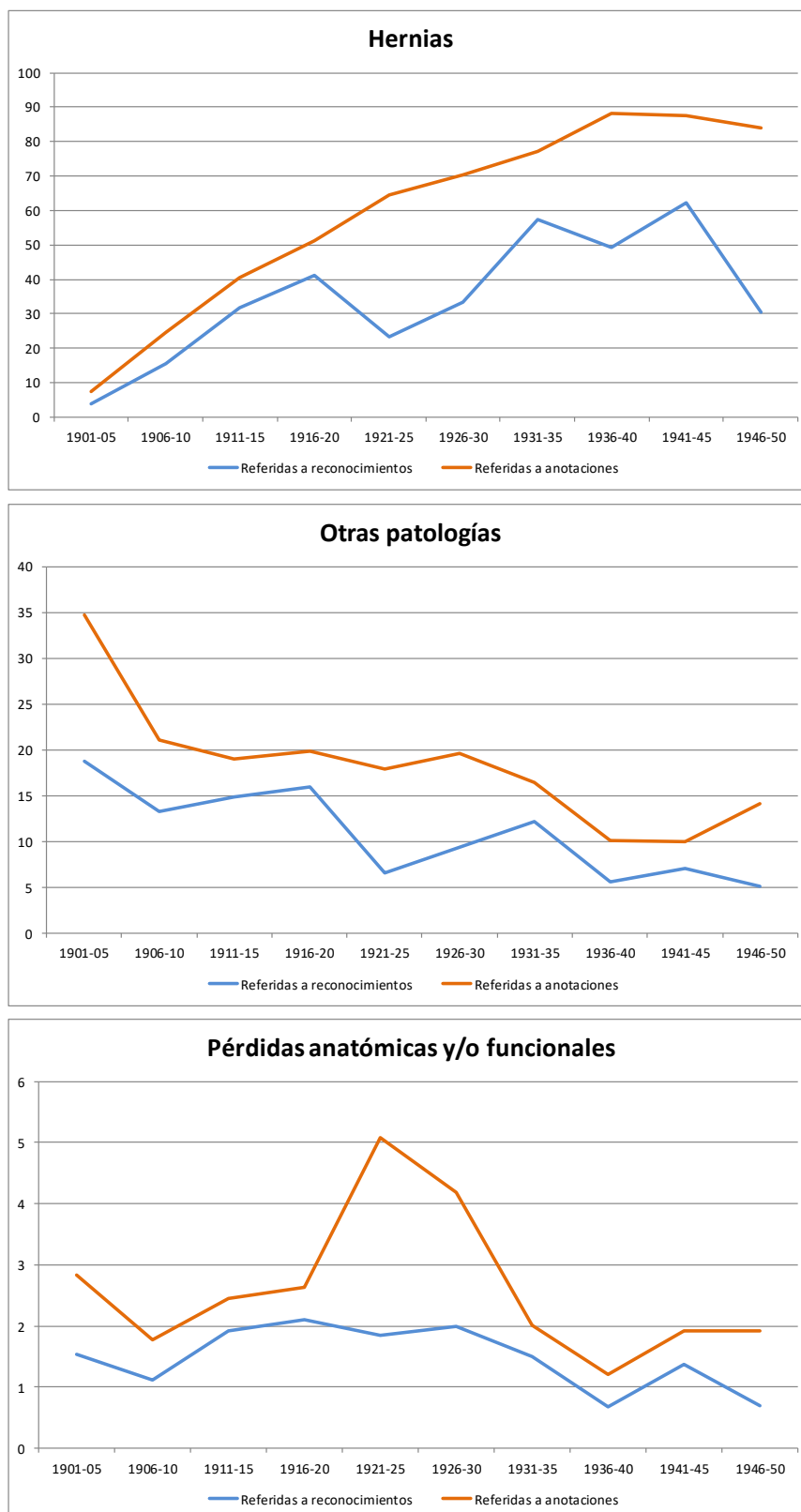
Diferenciamos tres etapas en la Figura 7. Una primera hasta 1920. En ella encontramos una proporción de RC en torno al 20%. Fluctuarían a un ritmo semejante al de los reconocimientos, encontrándose numerosos comentarios médicos diferentes en cada RC. La segunda, hasta 1936, en que los RC se situarían en una cifra en torno al 10% de los reconocimientos, mostrándose más impermeables a las fluctuaciones en su número. Los reconocimientos parten de cifras abultadas que al descender se encuentran con la línea que dibujan los RC. La relación de anotaciones por contenido se sitúa muy próxima a una por cada RC. Tras el lapso de la Guerra Civil nos encontramos de nuevo con fluctuaciones en las cifras. Los incrementos, semejantes en los RC a los del conjunto de los reconocimientos, aunque más moderados en los primeros, distancian a unos de otros. En determinados años de esta última etapa (1939, 1946, 1948, 1949 y 1950) se llevan a cabo un número importante de reconocimientos sin que se registren elementos de diagnóstico en muchos de ellos. La relación entre número total de anotaciones y RC sigue estando próxima a uno.

En la primera etapa, hasta 1920, se realizan numerosas anotaciones, resultando de todas ellas un número más elevado de inadmisibles. En la tercera, a partir del final de la Guerra Civil, las reentradas de miembros de nuestras cohortes se suceden a lo largo de varios años (1939-1943). Los picos de 1946, 1948, 1949 y 1950 pueden ser debidos al efecto estadístico provocado por el cierre prematuro de historiales causado por la proximidad del final del periodo de observación. Al reducirse el número de historiales, aumenta la proporción de reconocimientos, RC y anotaciones por cada cien historiales abiertos.

Algo ocurre en la década de 1920 y especialmente en su primer quinquenio que mantiene las anotaciones al margen de los incrementos en el número de reconocimientos. La comparación entre los diferentes tipos de comentarios médicos puede proporcionarnos algunas respuestas. En la Figura 8 represento los tres principales tipos de anotaciones. Una serie dibuja la proporción que supone cada uno de los tipos aquí representados –hernias, otras patologías y pérdidas anatómicas y/o



funcionales— sobre el número de reconocimientos y otra la proporción sobre el número total de anotaciones.



Fuente: HMP reconocimientos médicos. Elaboración propia.

**Figura 8. Tres tipos diferentes de anotaciones según su temática. Proporción sobre reconocimientos y sobre anotaciones. Promedios quinquenales.**

El comportamiento que manifiestan las hernias y otras patologías es diferente del que manifiestan las pérdidas anatómicas y/o funcionales. Las dos primeras marcan la evolución de la línea de anotaciones –entre ambas suman tres cuartas partes de estas últimas. Cuando referimos sus valores al total de comentarios médicos, las curvas son más suaves y no experimentan el descenso brusco de 1921-25 que sí notarán los valores referidos al número de reconocimientos. Cuando en 1921-25 se separan las líneas de reconocimientos y anotaciones, las hernias y otras patologías guiarán el comportamiento del resto de anotaciones médicas manteniendo unos valores constantes. Por el contrario, las pérdidas referidas al número de reconocimientos apenas sufrirán variación en 1921-25, y sus cifras referidas a los elementos de diagnóstico registrados experimentarán un incremento en este quinquenio. En consecuencia, decimos que las cifras de pérdidas anatómicas, cuando llega el momento en que los reconocimientos se despegan de las anotaciones, entre 1921-25, aumentan en la medida en que lo hacen los reconocimientos, siguiendo una evolución similar.

¿Qué lectura podemos sacar de este comportamiento diferenciado? En primer lugar, decimos que la evolución de las hernias y otras patologías sigue el comportamiento propio del conjunto de las anotaciones: cuando se reducen los comentarios médicos por hernias y otras patologías lo hace también el conjunto de las anotaciones. Por su parte, las pérdidas anatómicas siguen un comportamiento similar al de los reconocimientos: cuando aumenta el número de estos –correlativamente con el ingreso de trabajadores– aumentan en similar medida las anotaciones por pérdidas. Por otro lado, si aumenta el número de reconocimientos por una mayor afluencia de obreros y el número de anotaciones médicas se mantiene constante, podemos entender que este último no depende tanto del número de reconocimientos como, en buena medida, de una práctica administrativa que separa a ambos. Las pérdidas anatómicas son señales que no pueden ser obviadas con facilidad. Si aumentan con los reconocimientos es porque ha aumentado el número de obreros que entran, como ocurre en 1924, y en estos se mantiene el porcentaje habitual de pérdidas. Los comentarios por hernias y otras patologías sí se prestan a esa práctica administrativa de gestión de los riesgos. En consecuencia, tenemos, por una parte, que las condiciones de salud de la mano de obra no han variado y las pérdidas anatómicas y/o funcionales mantienen su presencia habitual entre los reconocimientos. Por el lado contrario tenemos hernias, otras patologías junto al resto de elementos de diagnóstico que, aumentando el número de entradas, no modifican sus cifras. Están por lo tanto sujetas en gran parte a criterios administrativos, su disposición es más discrecional y no responden estrictamente a una realidad objetiva que sí aumenta durante esos años.

### **2.2.3. Anotaciones sobre hernias**

En la Tabla 3 muestro las cifras de anotaciones diferentes a la evaluación sobre la utilidad del obrero. En ella, la rúbrica hernias incluye tanto las que explícitamente así figuran en los reconocimientos como las predisposiciones a hernias y otro tipo de *señales* que indicarían una propensión a padecerlas. Las detecciones de hernias y de predisposiciones a hernias son la categoría más numerosa en el conjunto de los reconocimientos, estando presentes en uno de cada tres. Este volumen variará desde un 4% inicial hasta el máximo del 62% alcanzado en 1941-45. A lo largo de todo este

periodo de observación, las hernias, predisposiciones a hernias y señales de hernias van ganando peso relativo en el conjunto de las anotaciones. Pasan a ser mayoritarias en 1911-15, arrebatando esa posición a los comentarios relativos a la edad. En el quinquenio siguiente suponen ya la mitad de los elementos de diagnóstico y continuarán ascendiendo hasta llegar a acercarse al 90% en 1936-40. Los restantes quinquenios mantendrán la cifra de hernias por encima del 80%<sup>28</sup> de las anotaciones.

**Tabla 3. Anotaciones en los reconocimientos de las tres cohortes según su temática, por quinquenios.**

Quinquenio	Hernias		Otras patologías		Pérdidas anat. y/o func.		Edad		Identidad		Disciplina		Total		Total reconoc.
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1901-05	13	4,0	61	18,7	5	1,5	89	27,3	8	2,5	-	-	176	54,0	326
1906-10	194	15,5	166	13,2	14	1,1	289	23,0	54	4,3	70	5,6	787	62,8	1.254
1911-15	775	31,7	364	14,9	47	1,9	516	21,1	206	8,4	7	0,3	1.915	78,3	2.447
1916-20	1.174	41,3	453	15,9	60	2,1	368	12,9	219	7,7	12	0,4	2.286	80,4	2.845
1921-25	648	23,5	180	6,5	51	1,8	36	1,3	86	3,1	4	0,1	1.005	36,4	2.761
1926-30	688	33,5	192	9,4	41	2,0	5	0,2	51	2,5	1	0,0	978	47,7	2.052
1931-35	921	57,3	196	12,2	24	1,5	-	-	52	3,2	2	0,1	1.195	74,3	1.608
1936-40	656	49,2	75	5,6	9	0,7	-	-	4	0,3	-	-	744	55,9	1.332
1941-45	546	62,1	62	7,1	12	1,4	-	-	3	0,3	-	-	623	70,9	879
1946-50	219	30,4	37	5,1	5	0,7	-	-	-	-	-	-	261	36,2	721
<b>TOTAL</b>	<b>5.834</b>	<b>36,0</b>	<b>1.786</b>	<b>11,0</b>	<b>268</b>	<b>1,7</b>	<b>1.303</b>	<b>8,0</b>	<b>683</b>	<b>4,2</b>	<b>96</b>	<b>0,6</b>	<b>9.970</b>	<b>61,4</b>	<b>16.225</b>

Nota: Un reconocimiento con más de una anotación se habrá contado tantas veces como anotaciones diferentes tenga. Porcentajes referidos al número total de reconocimientos en el periodo.

Fuente: HMP reconocimientos médicos. Elaboración propia.

Este aumento continuo del peso relativo de las hernias pudiera entrar dentro de lo esperable si pensamos en su posible relación con el desgaste de la mano de obra. En una población que no se renueva más que en parte y sujeta al riesgo debe suponer una proporción cada vez mayor de casos a medida que avanza el tiempo. Aceptando sin más estas cifras, aportarían apoyo empírico a los argumentos esgrimidos por la patronal cuando calificaban las hernias de “epidemia” que se extendía por tres cuartas partes de los obreros (Cohen y Fleta 2011).

Sin embargo, dentro de la categoría hernias he incluido muy diferentes situaciones. Encontramos, por una parte, hernias en su última fase, ya operadas y firmadas por el candidato en anteriores reconocimientos. Hernias formadas pendientes de operar, hernias tratadas con braguero. Pero figuran, sobre todo, numerosas y variadas *propensiones* a hernias. Por tener hernias *en formación* o simplemente por tener *debilidad en las paredes inguinales*. Por *dilatación de anillos inguinales*, por “constitución débil bajo el punto de vista herniario” (910,0375: 1911), por adelgazamiento de la pared del vientre en la ingle, por “constitución débil, y por lo tanto expuesto a hernias siendo vagonero” (908,1103: 1912). Encontramos también un listado de dolencias que, sin indicar expresamente su vinculación con la hernia, al ser señaladas en un reconocimiento podrían cerrar la puerta a la reclamación de una hernia sobrevenida: bubonocle, relajación de los anillos de Petit... En definitiva, la identificación de las predisposiciones a hernias se realizaba con un exceso de celo tal que dejaba poco espacio a la aparición de hernias inesperadas. Probablemente el SM

<sup>28</sup> Para un análisis detallado de la gestión de las hernias y sus predisposiciones véase Cohen y Fleta 2011.

marcó como predisposición todas aquellas constituciones que no estaban adecuadamente dotadas para resistir a la dureza del trabajo minero sin terminar con una hernia.

El estudio de las anotaciones de hernias pone de relieve la función de limitación de los costes derivados de la LAT desarrollada por el SM. Su importancia numérica creciente habla de la centralidad de esta función en el origen y desarrollo del SM. Esa función *preventiva* no se limita a señalar con mayor o menor generosidad una predisposición existente en el obrero. En trabajos anteriores (Cohen y Fleta 2011, 2012) se ha indicado cómo la gestión de las hernias cambia entre C1 y C2, adelantándose en seis años la detección de su predisposición, sin que se modifique sustancialmente el momento de aparición de las primeras hernias. En definitiva, las anotaciones sobre hernias forman parte sustancial de la política general de gestión de la mano de obra que busca limitar los costes de la misma.

#### 2.2.4. Anotaciones sobre otras patologías

Las anotaciones que refieren otras patologías equivalen al 11% de los reconocimientos. Comienzan señalándose en un número que casi supone uno de cada cinco reconocimientos, por detrás en importancia de las anotaciones relativas a la edad. En los siguientes quinquenios verán reducida su importancia en torno al 15%, ocupando un tercer puesto tras las hernias y la edad. Con la década de los años 20, se reducirá a cifras inferiores al 10%. Tras un ligero repunte en 1931-35, volverá a caer hasta niveles entre el 5 y el 7%.

Podemos caracterizar así una primera fase hasta 1920 con niveles en torno al 15%. En ella, la puesta en marcha del SM en el marco de un sistema paternalista de gestión de la mano de obra lleva a la detección generalizada, generosa, de señales que indiquen predisposición a futuros accidentes reclamables. En los años 1920, hasta la Guerra Civil, coincidiendo con la entrada de la cohorte C3, las cifras se reducen hasta caer por debajo del 10% sobre el conjunto de los reconocimientos. Estos últimos han aumentado mientras que la cifra de comentarios médicos se mantiene en niveles constantes sobre el número de historiales. Tras la guerra, observamos picos de reconocimientos que influirán también en el comportamiento de las anotaciones. Pero, en general, ya no contendrán las descripciones que aparecían en los años anteriores a 1920. La fuente se ha vuelto más callada. El envejecimiento de las cohortes hará menos necesario el señalamiento de las diferentes dolencias que, en gran medida, serán ya conocidas para el SM y estarán disponibles en sus archivos. Por otra parte, el volcado exhaustivo de las condiciones de salud de un obrero que lleva 30 años en la compañía únicamente sirve para poner negro sobre blanco el efecto del desgaste sobre la fuerza de trabajo, y en el Servicio *ya lo conocen...* A todo ello habría que añadir los cambios en la práctica de la medicina de empresa, derivados de las modificaciones normativas en materia de salud laboral: el reconocimiento de la “silicosis” de los mineros del carbón como enfermedad profesional en 1944 con el inicio consiguiente de los exámenes médicos específicos relacionados con esta patología. Y por último, un contexto general muy *cómodo* para la posición patronal.

Dentro de las otras patologías, el grupo más numeroso lo forman las señales referidas a afecciones oculares, que son objeto de un análisis específico más adelante. Los ojos suponen casi una de cada tres anotaciones de la categoría. Las siguientes

señales por magnitud fueron deformidad, con 122 casos (6,8%), y anemia, con 99 (5,5%). A partir de ahí, no se aproximarán al centenar de casos en ninguna de las 58 señales restantes. Las cinco más numerosas suman el 51% de los comentarios sobre un total de 62 patologías diferentes –el 49% restante se reparte entre 57 dolencias.

En esta relación de patologías encontramos sobre todo aquellas de manifestación externa. El procedimiento de exploración llevado a cabo en el reconocimiento era bastante rutinario por lo general, realizando una exploración principalmente visual<sup>29</sup>. La información sobre antecedentes se obtenía por el recurso al archivo propio del SM, por declaración de los trabajadores escrutados o bien a partir de las secuelas visibles –principalmente operaciones realizadas: apendicectomías, hernias operadas...

**Tabla 4. Principales dolencias presentes en los Reconocimientos.**

Patologías	N	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ojos	532	29,8	29,8
Deformidad	122	6,8	36,6
Anemia	99	5,5	42,2
Enfermedades de la piel	84	4,7	46,9
Operado	74	4,1	51,0
Oídos	65	3,6	54,6
Apendicectomía	60	3,4	58,0
Sífilis	56	3,1	61,1
Pies planos	54	3,0	64,2
Adenitis	52	2,9	67,1
Tuberculosis	50	2,8	69,9
Infecciones genitales	42	2,4	72,2
Hidrocele	39	2,2	74,4
Herida	38	2,1	76,5
Resto de patologías (47)	419	23,5	100,0
TOTAL	1.786	100,0	

Fuente: HMP reconocimientos médicos. Elaboración propia.

Un objetivo fundamental de esta medicina de empresa era la limitación del coste que pudiera derivarse de la aplicación de la LAT. En consecuencia, no encontramos en los reconocimientos una descripción del estado de salud del obrero sino fundamentalmente la identificación de señales que pudieran hablar de padecimientos presentes, pasados y futuros. En el acto del reconocimiento se buscaba detectar todo tipo de debilidades orgánicas que pudieran derivar con el tiempo en una reclamación a la que la Compañía pudiera oponerse. En toda esta tarea, el SM llevó a cabo una

<sup>29</sup> Para los diagnósticos más habituales. Sí hemos encontrado algunas pruebas de fuerza en el caso de las dudas sobre la edad de los muchachos (Cohen y Fleta 2013), como también se realizaron pruebas de heces para la detección de la anquilostomiasis y radiológicas, con la regularidad establecida por ley, para la silicosis.

función de limitación de costes. También desarrolló una función de selección y exclusión, señalando la *utilidad* de los obreros para la Compañía y las limitaciones que acarrearían, proporcionando, a los responsables de personal de los distintos departamentos de la empresa los argumentos técnicos que les permitiesen decidir sobre su contratación o permanencia en la misma de manera informada.

No faltan tampoco las preocupaciones relativas al estado de salud de los obreros, habitual en aquellos reconocimientos en los que el médico desaconseja ciertas tareas, cuando recomienda la curación previa... Ni las preocupaciones relativas a enfermedades infecciosas que podemos apreciar en conjuntivitis, anquilostomiasis, enfermedades de la piel...

### *Detección y registro de patologías*

La tarea de detección y registro de patologías y de predisposiciones ocupa un lugar central dentro del conjunto de las realizadas por el SM. Entre todas las patologías destaca especialmente la hernia, como máxima expresión del desgaste obrero en el trabajo que la empresa rechaza asumir. Es a partir del segundo quinquenio cuando las hernias comienzan a sobresalir cada vez más sobre el conjunto de las dolencias.

La finalidad de limitación de costes se pone de manifiesto con toda claridad en los reconocimientos cuando realizamos una aproximación cualitativa a los contenidos volcados en ellos. Es entonces cuando encontramos numerosos ejemplos en los que se *señala* una *debilidad* con el fin de evitar que esta pueda ser utilizada en una futura simulación en la que se reclamasen a la Compañía unos derechos que, de acuerdo con los criterios utilizados por ella, estarían reservados a las situaciones sobrevenidas.

*Cicatriz reciente por absceso entre dedos anular y medio izquierdos que refiere a callo inflamado. Téngase presente por si de nuevo se le inflama y dice que recibió un golpe (913,0276: 1913).*

*Lleva grieta en meñique derecho, luego no vaya a hacerlo accidente (916,3353: 1916).*

En las citas anteriores encontramos únicamente el registro y la notificación de una huella de lesión de cara a evitar la reclamación por accidente. Por el tono de la cita podemos apreciar que el Servicio Médico se dirige al ingeniero responsable del obrero. Al hacer esto, se está poniendo el filtro sobre los accidentes en el propio tajo, antes de ponerlo en la recepción por el SM.

En otras ocasiones, la probabilidad de que el agravamiento de la dolencia actual derive en una baja lleva a poner *peros* a la contratación. Son las típicas situaciones categorizadas como *admisión condicional*.

*Admisible, pero tiene hoy blenorragia (balano-postitis) que casi seguro provocará orquitis que pretenderá sea de golpe del trabajo (916,0341: 1920).*

*Admisible por su estado físico, pero hoy tiene costras y ulceraciones en el antebrazo derecho que debiera curarse antes no vayamos a tener después un fingimiento de accidente pretendiendo le curen eso y cobrar 1/2 jornal (917,0564: 1917).*

La idea de accidente que dejan traslucir las citas parece estar muy definida, limitada a los sucesos fortuitos y alejada por tanto de las que puedan ser achacables a las condiciones previas del obrero. Por parte de este, ante un problema de salud que suponga baja de varios días, las opciones serán atribuirlo al trabajo y cobrar medio jornal por día de curación o bien no recibir ningún ingreso durante los días que esta se prolongue. O incluso renunciar a ella y seguir trabajando mientras pueda.

Muchas de las dolencias detectadas son utilizadas como indicadores de determinada *condición orgánica*. Numerosos son los ejemplos que encontramos: estrabismo asociado a epilepsia, sífilis y problemas de piel, pies planos y mayor probabilidad de accidentes,...

*Es estrábico que suelen ser epilépticos (914,0751: 1914).*

*Mala constitución para cicatrizar sus lesiones o heridas. Cuesta muchísimo tiempo. No se aprecia pero debe ser discrásico, heredo-sifilítico probablemente (915,0652: 1919).*

*Tiene el defecto de pies planos (caída sobre ellos mayor accidente que en otros) (916,272: 1916).*

*Tiene el signo de debilidad hidrocele doble (913,1244: 1919).*

“Mala constitución escrofulosa”, “característico baciloso” son algunas de las condiciones orgánicas que caracteriza el SM a partir de ciertas señales:

*Ulceración y manchas consecutivas en córnea ojo derecho que disminuyen visión. Naturaleza raquítica constituyendo un característico baciloso. No debe trabajar en el interior (913,1951: 1922).*

*Labio leporino y gran hendidura en el velo del paladar. Ni su visión ni su fonética es aprovechable. Generalmente son sifilíticos (912,0570: 1912).*

*Tiene ligeras manchas en los ojos que acreditan la mala constitución escrofulosa (904,0141: 1905).*

### Valoración y selección de los candidatos

La distancia que media entre el registro de las predisposiciones y la recomendación de no contratar a alguien portador de determinada *debilidad* es muy corta<sup>30</sup>. Es exactamente la distancia que existe entre la función limitadora de los costes que pudieran derivarse de la aplicación de la LAT mediante el registro de predisposiciones, y la función de valoración y selección de la mano de obra.

*Crónico con triquiasis, que a cada momento achacará al trabajo (914,0474: 1914).*

*Varices grandes en ambas piernas, si se rompe una variz o se hiere en las piernas la curación es difícil (912,0225: 1917).*

<sup>30</sup> Podemos entender que la LAT, buscando proteger al obrero, produce, como resultado no esperado, una mayor selección a la entrada al trabajo, favoreciendo que el patrono evite aquellos riesgos que puedan suponer con el tiempo un coste gravoso.

Así se ve que la función del Servicio médico es tanto señalar, registrar dolencias que puedan suponer una reclamación posterior como accidente a partir de una *debilidad* preexistente en el obrero, como poner a disposición del ingeniero una serie de criterios técnicos que le permitan decidir sobre la incorporación del obrero en cuestión.

*1º [Reconocimiento]. Antes peón campo. Inadmisibile, tiene hernia derecha y nunca trabajó aquí. Si la mina estuviera muy falta de personal y le admiten que sea haciéndolo constar, y aun así va perdiendo el patrono (917,2356: 1917).*

### *Vigilancia higiénico–sanitaria*

Encontramos también una preocupación por las condiciones de salud de los obreros, que se aprecia en las numerosas recomendaciones para limitar la exposición del trabajador a las tareas más exigentes. Existe también en este sentido una especial atención a algunas enfermedades infecciosas –enfermedades de la piel–, y también a aquellas con una connotación parcialmente *moral* –sífilis, infecciones genitales.

La gran mayoría de las recomendaciones tienen que ver con la debilidad o falta de fuerzas para desarrollar el trabajo de interior (Cohen y Fleta 2013). Pero no únicamente. En numerosos casos se detectan dolencias de tipo infecto-contagioso que requieren tratamiento y que recomiendan postergar la entrada hasta después de la curación.

*Presenta queratoconjuntivitis doble y no debe entrar al trabajo por lo menos hasta encontrarse mejorado (930,0269: 1932).*

La efectividad de esas recomendaciones ya ha sido objeto de análisis en anteriores ocasiones (Cohen y Fleta 2012, 2013).

Encontramos también ejemplos de la campaña de lucha contra la anquilostomiasis. Esta enfermedad conocida como *anemia de los mineros* que se transmite por vía parasitaria empezó a ser mejor conocida en los comienzos del siglo XX, siendo objeto de una campaña específica (Menéndez Navarro y Rodríguez Ocaña 2006; Cohen y Fleta 2012; Cohen y Ferrer 1992). Apenas aparecen algunos casos en nuestros registros por realizarse su gestión principalmente al margen de los reconocimientos convencionales.

*Nota dorso: Ha dejado muestra de heces para la anquilostomiasis (926,0202: 1931).*

Sí resulta extremadamente exhaustivo el control de la vacunación contra la viruela, anotando bien la vacunación bien el padecimiento anterior de la enfermedad.

### **2.2.5. Anotaciones sobre pérdidas anatómicas y/o funcionales**

Las cifras relativas de pérdidas anatómicas y/o funcionales se mantienen relativamente estables, entre el uno y el dos por ciento, durante la mayor parte del periodo. A partir de 1936, la reducción –con altibajos– de sus cifras podría deberse al silencio cada vez mayor de la fuente. Los reconocimientos indicarán de manera escueta la utilidad del



candidato sin reseñar ya su condición física. Llama la atención el hecho de que sean las únicas cifras del conjunto de patologías que no experimentan un descenso de las magnitudes relativas en la década de los años veinte. Vale la pena detenerse por un momento en este dato. Considerando que las pérdidas –anquilosis, fracturas o amputaciones– son anotaciones no prescindibles en un reconocimiento, su variación porcentual proporciona pistas para pensar en cambios. Las pérdidas anatómicas y/o funcionales serían los comentarios médicos menos flexibles y esto parece confirmado por la estabilidad de las cifras. El hecho de que se mantengan en los años veinte, al mismo tiempo que se reduce el resto de las anotaciones nos lleva a pensar en una caída que no será resultado de una mejora de las condiciones en las que acceden los obreros al reconocimiento, sino de una reducción de los comentarios *prescindibles*. Esto es, la gestión de la salud obrera supeditada a los principios generales de gestión de la mano de obra.

### 2.2.6. Anotaciones sobre la edad

Las anotaciones relativas a la edad, que comienzan acaparando el 50% de las anotaciones, sufrirán un descenso paulatino hasta su última aparición (0,5%) en 1926-30. En este conjunto de anotaciones incluimos tanto aquellas que señalan la falta de edad de los candidatos como aquellas que indican su *desgaste*<sup>31</sup>. En ellas aparece el reflejo de los procedimientos de selección y clasificación –exclusión. También, en menor medida, la función de limitación de costes y la de vigilancia higiénico–sanitaria, y de administración de la discrecionalidad paternalista –especialmente con los desgastados que acceden a un *puestecito*.

Conviene señalar un aspecto importante que diferencia los comentarios médicos sobre la escasez de edad de aquellos sobre su exceso. Con respecto a las primeras, las disposiciones de la empresa establecían en 14 años la edad mínima de acceso al empleo (Cohen y Fleta 2013, p. 196) y la LAT de 1900 en 16 años para los trabajos mineros de interior. Sin mucho éxito. La tarea de atajar el acceso de los más jóvenes fue llevada a cabo por el SM que indicaba el “escaso desarrollo” del obrero a partir de la observación de determinadas señales. La edad se obtenía a partir de las declaraciones de los candidatos y hay que considerar que “para los niños y para sus familias, poder sortear estas barreras de edad era anticipar el acceso a un jornal en la empresa” (Cohen y Fleta 2013, p. 209). El 95 por ciento de estas anotaciones referidas a la escasa edad se concentran en las dos primeras cohortes –C1 y C2. A partir de 1920 apenas encontramos menciones a la edad en los reconocimientos. Su declinar marca un cambio en la composición de la mano de obra.

En el caso de los comentarios sobre el exceso de edad, nos topamos con el silencio de la fuente a partir de 1920. Durante las dos décadas precedentes, la cifra de anotaciones sobre el exceso de edad corre paralela al número de reconocimientos realizados a mayores de 39 años. A partir de 1920 prácticamente desaparecen las

---

<sup>31</sup> Para un análisis detallado de los elementos de diagnóstico relativos a la escasa edad de los candidatos véase Cohen y Fleta (2013). Sobre las indicaciones relativas al desgaste, véase Cohen y Fleta (2012). Nótese que el 93% de las anotaciones relativas al desgaste las encontramos en obreros de mediana edad a lo largo de las dos primeras décadas del siglo pasado, por lo que apenas tendrán reflejo en nuestras tres cohortes.

menciones a la avanzada edad. Sin embargo, el número de reconocimientos a mayores de 39 años seguirá en niveles semejantes a los de las dos primeras décadas (Cohen y Fleta 2012).

### 2.2.7. Anotaciones sobre la identidad

Las anotaciones relativas al control de la identidad de los obreros alcanzan máximos en la década de 1911-20 –8,4 y 7,7% en sus dos quinquenios. Se reducirán a la mitad en la década siguiente y prácticamente desaparecerán en 1936-40. En el último quinquenio ya no encontramos anotaciones sobre la identidad. Este tipo de información tiene que ver directamente con la gestión de la mano de obra. Asegura la aplicación de los criterios establecidos por parte de la dirección evitando el fraude tan sancionado por la moral paternalista.

Desde el SM se llevaba a cabo un seguimiento de los obreros con el fin de evitar la suplantación de identidades. Para ello se señalaba la presencia de cicatrices y lunares con los que, en ausencia de fotografías, podía asegurarse su identidad:

*Seña: cicatriz transversal dorso nariz (907,0076: 1913).*

*Seña: lunarcito clavícula izquierda (906,0466: 1909).*

El obrero buscando ser admitido al trabajo evitaba en ocasiones la vinculación con reconocimientos anteriores en los que se hubiese vertido una valoración de inutilidad:

*Admisible, tiene estrabismo ojo izquierdo. Véase si es este pues hay varios J. R. inútiles en Belmez (910,1212: 1910).*

También encontramos en los reconocimientos reflejos del temor a que alguien que figura en la lista de inadmisibles pudiera entrar con otro nombre:

*Existe un J. R. G. inadmisible por nota 10.330 de 10-7-920 pero es de distinta edad y distintos padres (920,1667: 1920).*

Como es lógico, en nuestra documentación únicamente encontramos testimonio de aquellos casos en los que el médico sospecha el engaño o bien en los casos en los que se detecta. Nada sabemos de los casos en los que se utilizó otro nombre con éxito.

*No aparecen en el registro tales nombres y dijo haber sido reconocido dentro del año 1916 para los hornos y al no aparecer en registro es señal que entonces o ahora engaña reconociéndose por otro (916,2636: 1917).*

### 2.2.8. Anotaciones disciplinarias

Los registros con motivos disciplinarios alcanzarán un máximo en 1906-10 vinculado al visto bueno de la Guardia Civil. Encontramos un segundo máximo en 1916-20, periodo de numerosas entradas por el tirón del carbón y de numerosos conflictos laborales (Véase García Parody, 2009). Harán su última aparición en 1931-35.

#### *Visto bueno de la Guardia Civil*

En 1909, a lo largo de un periodo de cinco meses, encontramos 66 anotaciones señalando el visto bueno de la Guardia Civil a los antecedentes del obrero, lo que, en la

práctica, funcionaría como un certificado de antecedentes. La mitad de Belmez y de la misma Peñarroya. Muchos en su primer año, pero más aún en su segundo, tercero o quinto año en observación. Desconocemos la razón. El resto de anotaciones disciplinarias aparecen en número reducido –un total de 28.

### *Administración de la discrecionalidad paternalista*

Dentro de lo que sería la función disciplinaria, decimos que el SM administra, en representación de la Dirección, un sistema de castigos y recompensas que busca reforzar la autoridad jerárquica.

Tras ser declarado inadmisibile, el obrero debía contar con el visto bueno de la Dirección y firmar su incapacidad para volver a ser admitido. Lo encontramos en los casos de inutilidad por pérdida de la visión, que suponen cuatro de los seis casos en los que se admite explícitamente por orden de la Dirección.

*Útil, firma por tener iniciada la formación de hernia y pérdida de la visión del ojo izquierdo. En 14 de diciembre fue declarado inútil. Vuelvo a reconocerle y se declara útil firmando de orden de la dirección (914,0569: 1925) [Permanecerá 24 años más en observación].*

El perdón de la Dirección se encontraba presente en los reconocimientos. En 1920 encontramos la siguiente anotación: “Admisible (perdonado)” (912,1488) sin que tengamos explicación en la documentación. O esta otra:

*Admisible condicional, firmando por tener acentuada propensión herniaria. (\*En lápiz: 'nota en inadmisibles', nota superpuesta: 'anulada en 246 perdonado y reconocido') (918,0129: 1920) [Permanecerá dos años más en observación].*

En determinados casos de incapacidad, la condición del obrero favorecería una fidelidad estratégica hacia la empresa. No sabemos si en esta ocasión resultó eficaz dado que no encontramos más observaciones en este historial.

*No tiene visión ojo izquierdo y media en derecho. Ambos ojos grandes opacidades de córnea cuya incapacidad es ajena a los trabajos de la sociedad, la sufrió de pequeño. Trabajó en la huelga (919,0348: 1920) [Última observación].*

La cita anterior hace referencia a la huelga de la primavera de 1920. El 20 de abril de ese año encontramos la siguiente anotación:

*En tiempo de huelga todo se admite pero conste que este obrero dio mucha guerra cuando lo del dedo anular derecho [tenemos constancia del hecho en 1916] y hasta le indemnizó el ingeniero general para deshacerse de él (906,0514: 1920) [Permanecerá 21 años más en observación].*

En 1910, entre el 25 y el 28 de enero, tuvo lugar un conflicto que logró paralizar a 400 obreros (García Parody 2009, p. 68). El 18 de octubre de ese mismo año encontramos la siguiente anotación:

*Constitución débil, no tiene defecto físico. Es hermano del Antonio promotor de la huelga del 25 de enero preparada en Santa Elisa (910,0115: 1910).*

En otro reconocimiento realizado con anterioridad al mismo obrero encontramos una nota al dorso que debe ser posterior a esta:

*Al servicio se le dijo que creíamos era hermano del Antonio C. y C. promotor de la huelga de Santa Elisa que el Sr. Director nos ordenó no admitir (910,0115: 1910) [Permanecerá 35 años más en observación].*

La proximidad familiar a los inadmisibles merece al menos la anotación en el reconocimiento de este hecho.

*Admisible. Señala cicatriz vientre operado de cálculo. Alguna propensión herniaria, hermano de J. P. L. y primo de J. A. P. ambos inadmisibles (920,0659: 1920) [Última observación].*

O este otro:

*Se presentó con permiso del ejército. Tiene anemia profunda, debe atender a su reposición. Inadmisible. En anterior mina dice ser hermano de un inadmisibile llamado Antonio (911,0374: 1920) [Permanecerá 26 años más en observación].*

Encontramos también varios casos en los que se recoge el número de nota de la dirección sin que se aduzca ningún motivo:

*Admisible, cicatriz en la nariz, (Nota pie página: despedido 15-6-920 nº 10.080) (911,0621: 1917) [Vuelve a aparecer un reconocimiento en 1919 y tenemos una última observación (parte de accidente) en 1931].*

*Admisible, (Nota pie página: despedido 22-3-19 nº 6.512) (916,042: 1917) [Encontramos partes de accidente hasta noviembre de 1918, cinco meses antes de la nota recogida en el reconocimiento de 1917].*

En los reconocimientos también se vuelcan sanciones negativas a determinados comportamientos:

*Admisible. Alguna propensión herniaria (y deseos de sacar algo a la sociedad a pagar por accidente anterior) (910,1102: 1913) [La nota hace referencia al accidente ocurrido 13 meses antes: "Quemadura 2º grado pie derecho. Nota dorso: Producida una herida a punto de ser alta". Su última observación será un reconocimiento tres años más tarde].*

*En 9 se le echó fuera por reírse y volverá 12 (912,1488: 1912) [Era su primer reconocimiento. Permanecerá en observación otros treinta años].*

*Útil. Ojo central eléctrica por hurto 27-1-20 (919,1166: 1922) [Permanecerá en observación otros siete años].*

### *Lucha contra el fraude*

Los intentos de fraude a la empresa se castigaban devolviendo la papeleta que en la práctica suponía el rechazo a la admisión o, en su caso, la suspensión temporal de empleo y sueldo.

*Devuelta la papeleta porque no es R. sino A. Volvió el 332 el 13/02/913 (910,1212: 1914) [Continúa en observación hasta 1919].*

*El 14/09/1919 pretendió hacer pasar una queratitis intersticial en ojo derecho: se devolvió papeleta (914,0733: 1914) [Permanece en observación hasta 1922].*

*Este obrero pretendió ser accidentado (909,0785: 1909) [Permanece en observación hasta 1922].*

No deja de llamar la atención el hecho de que se dediquen tantos esfuerzos a la lucha contra el fraude<sup>32</sup>. Máxime teniendo en cuenta el reducido número de casos que eran detectados. Se puede aducir que este número era bajo gracias a las prácticas sistemáticas de detección del mismo, que no se habría podido mantener en esos niveles de no existir una política tan rigurosa. Aun así, la impresión que transmite la empresa es la de no estar dispuesta a admitir ningún tipo de fraude, por pequeño que fuera. El fraude, en una concepción paternalista de las relaciones laborales, supone una ruptura inaceptable de la confianza paterno-filial que debe presidir la relación entre obreros y patrono, del respeto hacia la autoridad magnánima del patrono. El fraude supone la traición de la confianza depositada en el obrero.

<sup>32</sup> Aunque no exclusivamente contra el fraude. También se intentaban evitar las reclamaciones *excesivas* bajo el amparo de la ley.

### 3. Los partes de accidente

En los reconocimientos encontramos evidencias que hablan de las funciones de gestión de la mano de obra y sus riesgos desarrolladas por el Servicio Médico, tanto las correspondientes a su perfil más técnico como aquellas otras delegadas por la Dirección. Los partes de accidente constituyen la respuesta de la empresa a las obligaciones que introduce la LAT de 1900 en el ámbito de la gestión de la siniestralidad. Los procesos de gestión de los riesgos que se desprenden del análisis de los partes ponen de manifiesto los filtros que debe superar una agresión hasta llegar a ser considerada un accidente de trabajo merecedor de indemnización. El Reglamento de 1903 que regula las incapacidades, junto a la determinación patronal de limitar la indemnización a los sucesos fortuitos, violentos y visibles, produce un marcado predominio de las contusiones y heridas contusas, principalmente en las extremidades, aunque también en los ojos. El análisis de la incidencia muestra por su parte que el volumen de los siniestros aumenta en función de la coyuntura, definida por el aumento de la contratación y la producción en tiempos de la Gran Guerra. Se muestra también dependiente del tiempo de permanencia en observación, siendo mayor en los años próximos a la entrada en observación.

De acuerdo con el Reglamento de 1897 de Policía Minera y la LAT de 1900, el Facultativo debía hacerse cargo de la gestión de los accidentes de trabajo. Esto suponía en la práctica:

1. Prestar asistencia al herido.
2. Establecer si la agresión sufrida por el obrero entra dentro de la categoría de accidente de trabajo.
3. Dar la baja al obrero y el alta tras su recuperación.
4. Establecer el tratamiento adecuado a seguir por el obrero.
5. Anotar el salario percibido por el obrero a partir del cual se calcula la indemnización a percibir.
6. Extender las certificaciones correspondientes a las diferentes situaciones: baja del obrero, alta del obrero o, en su caso, la incapacidad resultante tras el Alta –con derecho a indemnización– describiéndola “lo más detalladamente posible” (art. 19). De estas certificaciones debía enviarse copia en un plazo no superior a 24 horas a la Autoridad gubernativa.

Los artículos 22 y 23 de la LAT de 1900 establecen el procedimiento a seguir en caso de disconformidad del obrero con el dictamen sobre la curación o con la calificación de inutilidad. Con tal motivo, “el obrero podrá nombrar Facultativos, para que, con los del patrono, practiquen un nuevo reconocimiento” (art. 22). En caso de

permanecer la disconformidad, se remitirá el expediente “á la Academia de Medicina más inmediata, que dictaminará definitivamente”<sup>33</sup>.

En 1903, el Reglamento de 8 de Julio establece la relación de lesiones que suponen incapacidad absoluta o parcial. El cuadro de incapacidades aprobado contempla los diferentes tipos de incapacidad –temporal, permanente y absoluta para todo trabajo, permanente y total para la profesión habitual, y permanente y parcial para la profesión habitual– como, entre otras, la pérdida anatómica de las extremidades, la pérdida funcional de la vista –ceguera– o el oído –cofosis– en parte o en su totalidad o la hernia inguinal o crural doble o simple. Este cuadro condicionará el tipo de registros que encontramos en los partes de accidente.

### 3.1. Funcionamiento

#### *Curas ajenas a accidente de trabajo*

El cuadro de incapacidades define las lesiones que serán visibles en los partes, fundamentalmente las indemnizables. Pero en esos mismos partes encontramos indicaciones que nos hablan de la atención prestada a otras agresiones que se encontraban al margen del accidente de trabajo.

*Panadizo en raíz dedo anular mano izquierda. No es accidente y le han dado papelilla como tal (906,0914: 1912).*

No es el único caso en el que este tipo de lesiones epidérmicas son atendidas. Muchas de ellas en las manos, dolorosas y que suponen una gran dificultad para el trabajo diario, amén de la posibilidad de derivar en complicaciones si no son atendidas en su higiene: panadizo, forúnculo, callo infectado... Encontramos evidencia de la práctica seguida en estos casos en los partes anteriores a 1926:

*Panadizo en raíz dedo anular mano izquierda. Nota: Se acostumbra aunque no es accidente de trabajo atenderlos por lo cual se le tratará y Vd. después le acreditará los 1/2 jornales de los días que empleemos (914,0695: 1915).*

El parte anterior admite expresamente que, a pesar de no considerarse accidente de trabajo, recibe habitualmente un tratamiento equivalente: se trata su curación y se le paga con posterioridad la indemnización correspondiente a los días empleados. Es la negación del accidente y su atención graciable como principio de gestión de los riesgos del trabajo.

También en 1922:

*Callo infectado en región hipotenar mano derecha. Denle socorro equivalente al que recibiría si le hiciésemos papeleta de accidente, y que quede con su nota hasta su curación. Volver el 16 (917,2404: 1922).*

A juzgar por la documentación, esta práctica ya no existe en 1926. A partir de ese año encontramos diversas anotaciones que indican que la atención ya se prestaba fuera de

<sup>33</sup> Sobre los principios que orientaban la actuación de las Academias de Medicina en estos litigios véase Martínez-Pérez (2012).

las horas de trabajo. El mismo obrero anterior atendido en 1922, es invitado nueve años más tarde a “seguir trabajando”.

*Forúnculo en raíz dedo pulgar mano izquierda. Puede seguir trabajando y venir a curarse fuera horas de trabajo (917,2404: 1931).*

### *Segundas curas y recaídas*

Existe también un número de tratamientos prolongados en el tiempo que generan segundas visitas a la enfermería y dejan rastro en la documentación. Son las que denomino *segundas curas*. Numerosas contusiones y heridas contusas que afectan a la uña, con una posible retirada posterior de la misma cuando es necesario, extracción de partículas extrañas, quemaduras... Básicamente encontramos curas que requieren higiene local de zonas expuestas a las condiciones insalubres del trabajo. Pueden ser también meras comprobaciones posteriores de la evolución de la lesión.

918,0775:

*07/11/32 -> Contusión con pérdida de uña 1er dedo pie izquierdo.*

*02/12/32 -> Eliminación de la nueva uña 1er dedo pie izquierdo.*

Resulta difícil distinguirlas de recaídas o lesiones reproducidas a partir de accidentes anteriores. Hablamos de heridas que se infectan o que se ulceran, días después de haber sido objeto de valoración médica o incluso de atención hospitalaria.

918,0891:

*10/05/34 -> Herida contusa en tercio medio pierna izda. Entrada y salida.*

*23/05/34 -> Herida infectada en tercio medio cara anterior pierna izda.*

922,0098:

*01/11/29 -> Heridas contusas en 4º y 5º dedos del pie izdo. Hospitalizado hasta hoy (30/11/29).*

*07/12/29 -> Ulceración en 5º dedo del pie izdo. Hospitalizado hasta hoy (22/12/29).*

Un caso extremo lo detectamos en 1934, con 5 partes en los que se señala dermatitis química a lo largo de ocho meses:

922,0882:

*25/07/1934 -> Dermatitis químicas en ambos pies (alta el 18/08/1934).*

*10/09/1934 -> Dermatitis químicas dorso pie dcho. (alta el 15/09/1934).*

*21/09/1934 -> Dermatitis química en 4º dedo pie dcho. (alta el 22/09/1934).*

*18/10/1934 Reconocimiento: Útil, tiene firmadas sus hernias.*

*23/10/1934 -> Dermatitis químicas en ambos pies (alta el 23/11/1934).*



*25/03/1935 -> Dermatitis químicas ambos pies. Hospitalizado desde el 25 hasta el 29 (alta el 30/03/1935).*

En una ocasión es el mismo obrero el que solicita su retorno al trabajo con ánimo de no perder la diferencia entre la indemnización y su salario habitual. El resultado toma la forma de una complicación posterior.

920,1295:

*13/07/1931 -> Accidente: Quemadura borde exterior pie izdo.*

*14/07/1931 -> Puede y quiere seguir trabajando (se le da el alta).*

*25/07/1931 -> Se presenta con papelilla de accidente y causa baja hasta 13/08/1931.*

*19/08/1931 -> Reproducción de la herida sufrida el 13/07/1931 (alta el 23/08/1931).*

También figuran dolores posteriores a un accidente:

917,0823:

*25/02/1925 -> Contusión rodilla izda. (alta el 08/03/1925).*

*12/03/1925 -> Aqueja dolor en pierna izda. Nota del Ingº pidiendo reconozcan al obrero que el 25/02 sufrió una contusión por una caída y fue dado de alta el día 08/03 y manifiesta dolor (alta el 14/03/1925).*

Lumbagos que se reproducen:

916,2635:

*11/03/1936 -> Aqueja dolor región lumbar (alta el 15/03/1936).*

*17/03/1936 -> Lumbago. Hospitalizado hasta el 22 (alta el 23/03/1936).*

*27/03/1936 -> Sigue aquejando dolor región lumbar. Hospitalizado hasta hoy (alta el 04/04/1936).*

*15/04/1936 -> Aqueja dolor en región lumbo-sacra. Hospitalizado hasta el 23 (alta el 24/04/1936).*

Cabe aquí una reflexión exclusivamente económica sobre el coste derivado de la falta de atención a las lesiones. Si estas son adecuadamente atendidas con independencia de su consideración jurídica, pueden evitarse posteriores complicaciones. Parece claro sin embargo que el temor patronal al abuso no dejaba lugar para esta reflexión. La preocupación por evitar que pasase alguien que no tuviese derecho a ello impedía plantearse el mantenimiento de unas condiciones adecuadas de la población obrera.

El régimen disciplinario en torno a la observación de las indicaciones médicas resultaba bastante estricto a tenor de los registros. La falta de seguimiento de las curas merecía fuertes sanciones:

*Herida contusa con pérdida de uña y deterioro de falange en dedo medio mano izda. Nota Hospital a Ingº 22/06: 'Retirado de servicio por no concurrir*

*desde 12 en que hubiera sido alta, le retiene heridas ajenas accidente de trabajo' (916,0869: 1917).*

*Herida contusa en dorso articulación falángica pulgar izdo. Nota del hospital señalando que no se presentó para ser hospitalizado y respuesta del servicio imponiéndole 15 días de arresto (912,094: 1929).*

La no asistencia a las citas establecidas debía estar adecuadamente justificada:

*(Segunda cura) Ulceración sobre cicatriz en pierna dcha. Adjunta nota manuscrita del obrero excusando no asistencia a cura para '... a brazar a mi yjo el cua ya a de jado de existir...' [sic] (915,1207: 1928).*

### *Las papelillas*

La papelilla resultaba ser un elemento central en el procedimiento de gestión de los accidentes. En torno a ella se producían gran parte de los conflictos. El vigilante o responsable del tajo hacía entrega de la papelilla al obrero a petición de este último tras valorar la pertinencia de la demanda. Así, de acuerdo con la nota interna de 1917 elaborada por el ingeniero principal, no se debían emitir papelillas de herida “sin lesión evidente” (905,0498: 1917). La entrega de la papelilla suponía un primer filtro que se aplicaba en el mismo tajo. Solo con ella podía el obrero acceder a una indemnización por accidente de trabajo durante el tiempo que se prolongase la cura. Sin ella no era posible. La papelilla era la prueba *in situ* de la pertinencia de la demanda. Era la garantía de que el ingeniero había verificado que en ese caso se cumplían los requisitos exigidos para serlo: como consecuencia del trabajo, repentino, testigos que lo vieron... En caso contrario, las dudas se reseñan en la papelilla: “herida infectada en la espina del homoplato izdo. que refiere a clavarse una puntilla” (909,0740: 1917). Esta constituye una vía de comunicación principal entre el ingeniero y el médico.

La papelilla no se entregaba de forma inmediata tras producirse un accidente. En numerosas ocasiones se apunta en ella la fecha del accidente pudiéndose encontrar varios días de diferencia entre esta y la de emisión de la papelilla. En esos casos es común hacer referencia a las molestias producidas tras el accidente. No se solicita la papelilla al sufrir un accidente, se hace cuando sus efectos se hacen insoportables.

Después de que el ingeniero haya emitido la papelilla, esta puede ser devuelta por el médico si este último estima que no existe accidente de trabajo.

*El dolor que aqueja es de haber sufrido aparición de punta de hernia, debe aconsejarsele braguero (vino con papelilla de accidente que fue devuelta por no ser accidente) (908,0189: 1915).*

*[No describe lesión] Se devuelve la papeleta por no encontrar nada traumático (981,8743: 1929).*

La papelilla también podía anularse a petición del interesado, cuando este no deseaba causar baja sino únicamente ser atendido o revisado por el médico. Se evitaba así perder jornales o bien aparecer como *demasiado accidentado* a los ojos de la empresa.

### *Negación del accidente de trabajo*

Como ya se ha dicho, un requisito para que se reconociera el accidente y se cobrara indemnización por día de baja es que existiera *lesión evidente* y que esta fuese resultado de un suceso violento y fortuito. Es por ello que un tercio de los casos de rechazo explícito del accidente de trabajo que he recuperado han acudido por un inespecífico “aqueja dolor”. En ellos el médico no aprecia “síntoma alguno que revele accidente”. En la mayoría de los casos, anota que “no hubo golpe”, lo que hace de ese dolor algo ajeno a accidente.

*Aqueja dolor en talón dcho. Sin síntoma que revele traumatismo alguno. Queda en observación (907,0142: 1911).*

En otro 15% de los casos figuran infecciones o similares. Principalmente forúnculos pero también infecciones y ulceraciones de la piel. En ellos se vuelve a señalar “no presenta señal alguna de traumatismo”.

*Forúnculo en el dorso de la mano izda. Del roce con su pierna!! No es accidente del trabajo (926,0880: 1929).*

Las afecciones oculares suponen un 9% de las negativas. Se han separado aquí por motivos analíticos aunque bien podrían pasar a formar parte del grupo de las infecciones. Se trata habitualmente de demandas por contusión en ojo que concluyen con un diagnóstico de conjuntivitis o similar –pteriquión, blefaritis, queratitis...

*Blefaro-conjuntivitis en ojo. No hay síntoma de accidente de trabajo, ni equimosis palpebral que lo demuestre. Refiere le cayó una palada de tierra en ojo izdo (906,0909: 1916).*

Otro 12% viene declarando contusión sin que el médico pueda nuevamente advertir “síntoma que revele accidente alguno”.

*Contusión en hipocondrio izdo. posterior. No hay síntomas del referido accidente (queda en tratamiento y observación) (914,0596: 1917).*

En definitiva, los rechazos explícitos de accidente de trabajo están formados por diferentes tipos de lesiones que, declarándose inicialmente como contusiones en algunos casos y en otros como simples dolores o infecciones, no muestran en ningún caso síntomas de traumatismo o golpe violento de acuerdo con la información del médico de la empresa. Por tal cuestión son rechazados como accidente. En ocasiones se diagnostican enfermedades infecciosas y, como tales, son excluidas del grupo de los accidentes indemnizables.

### *Partes de “entrada y salida”*

He encontrado más de 400 casos que acuden a enfermería y concluyen en un parte de “entrada y salida” (408, en torno al 4% del conjunto de partes). Estos pueden ser resultado de una agresión violenta y repentina pero que no muestra la gravedad que requiere una baja, en consecuencia el obrero “puede seguir trabajando”.

*Quemadura en dorso pie dcho. Conforme con la nota de que puede seguir trabajando y curarse en este hospital. Entrada y Salida (925,0364: 1930).*

*Contusión erosiva en tercio medio pierna izda. Entrada y Salida (919,1237: 1934).*

También puede ser la forma en que se manifiesta el rechazo a la condición de accidente por tratarse de lesiones que no entran en el estrecho margen de las indemnizables y ser achacables a enfermedades infecciosas o de lenta formación.

*Conjuntivitis ojo dcho. No se apreció señal ninguna de accidente. Entrada y Salida (922,0429: 1930).*

*Quemadura en ojo dcho. por chispa caliente. Entrada y Salida. Se le devolvió aviso por no encontrar nada (929,0427: 1930).*

Encontramos también pequeñas atenciones médicas como la extracción en el momento de partículas extrañas que permiten el retorno al trabajo ese mismo día

*Partícula extraña en ojo dcho. Fue extraída. Entrada y Salida (925,1421: 1934).*

### *Lucha contra el fraude*

Aparecen también en los partes huellas de la incansable cruzada frente al fraude, que suponía una de las principales preocupaciones derivadas de la aplicación de la LAT. El primer muro de contención frente al fraude se encontraba en el reconocimiento, que dejaba constancia de cualquier predisposición que pudiese ser presentada con posterioridad como agresión. El fraude existía, o al menos era detectado y castigado severamente por la organización. Una de las vías de entrada del fraude era la de intentar hacer pasar como suceso fortuito algún episodio de lenta formación y como tal ser tratado en la enfermería.

*Querato-conjuntivitis en ojo izdo. y ojo dcho. Confiesa ante testigos que ya fue al trabajo con los ojos malos y que barriendo le ha entrado una mota ¡Qué casualidad! Simulador, inadmisible. Entrada y Salida (930,0378: 1930).*

En este caso, se detecta fraude a los cuatro meses de su primer reconocimiento. El obrero es enviado de nuevo al trabajo y permanecerá cinco años en nuestro observatorio.

La sanción que recibe este tipo de comportamientos suele ser definitiva. En 1926 se vuelve a detectar un supuesto fraude. La determinación ante el mismo queda reflejada en una nota registrada cinco años después:

*Osteoma cara interna 1/3 inferior muslo izdo. Dice caída escalera. Engaño claro... estafa. La madre: firmar tenía bulto antes sería un crimen con su hijo. Nota del 18/09/1931: Levantado castigo pero no admitido (923,1491: 1926).*

El obrero permanecerá 22 años más en observación sin que encontremos ninguna otra mención al suceso. Su próxima observación, un reconocimiento, aparecerá en 1934. A partir de ese momento se sucederán los reconocimientos y el primer parte que acredita su entrada efectiva lo hace con fecha de 1948.

Otra modalidad que puede adoptar el fraude detectado es la autolesión. El siguiente parte es la última observación que tenemos de este historial:

*Herida en región maleolar interior dcha. Nota: Se le extrajo de herida grano de arroz. Herida tamaño del cuerpo del delito. No puede ser fortuito. Tres testigos. Informe para contener algo a colección de granujas (924,1132: 1926).*

Si apenas aparecen casos de autolesiones, he encontrado más partes con sospechas hacia quien “se hiere con demasiada frecuencia”. En el siguiente ejemplo, tras la nota que transcribo aquí, el historial muestra una única observación posterior, un parte en 1936. Con este, contamos un total de 6 a lo largo de 13 años:

*Herida contusa en tercio inferior antebrazo izdo. Hospitalizado hasta el 16. Nota Médico a Ingº: Alta a obrero “quien se hiere con demasiada frecuencia procurando retrasar la curación de las heridas” (923,0769: 1934).*

Es más habitual encontrar sospechas por el retraso intencionado de la curación. Del ejemplo que viene a continuación recojo la siguiente observación, un parte, tras el cual vendrán otros más en número considerable hasta el cierre del período de observación. Del segundo historial no aparece ninguna otra observación:

*Herida infectada en tercio medio pierna dcha. Nota del hospital afirmando ha retrasado intencionadamente su curación y solicitando que se le retire la lámpara por una temporada (928,0774: 1941).*

*Herida contusa en cara anterior pierna izda. Nota médico: Alta obrero, “aunque lo admitieron provisionalmente y no vuelve trabajo este año pongo en conocimiento que es de los que retardarán las heridas, debía figurar en inadmisibles” (932,0210: 1933).*

Los retrasos en la curación pueden adoptar la forma de heridas “autorreproducidas”. En el siguiente ejemplo puede que sea esta la apreciación que lleva al médico a dar el alta al herido 12 días después de la baja, provocando la protesta del sindicato:

*Herida por dilaceración extremidad dedo pulgar mano izda. Notas sindicato: “En el hospital dan de alta a heridos sin estar curados” y médico: ‘Mala fe. Herida autorreproducida’ (916,0580: 1934).*

De este historial contamos con numerosas observaciones posteriores a esta hasta el cierre del período de observación. Diez días después vuelve a aparecer el mismo obrero por una contusión en el pie derecho, con hospitalización. Ocho días después de recibir el alta por este último accidente vuelve a estar de baja siete días más por una nueva herida infectada en el dedo índice de la mano derecha.

### *Conflictos en torno a las Altas*

Como he mostrado en el ejemplo anterior, el alta de los obreros está igualmente sujeta a disputa. Un primer elemento a considerar es el interés del ingeniero por recuperar al obrero.

*Herida contusa y erosión en cara anterior pierna izda. Hospitalizado hasta el 11. Nota del Ingeniero quejándose de lo que tarda en curarse este obrero (914,0751: 1935).*

*Contusión en dedo meñique izdo. Nota Ingº a Médico: se pregunta por qué si el pronóstico es “herida leve” el operario está aún en hospital. Contesta el Médico: “Tardará aún en curarse. Levedad no significa que cure pronto” (919,0642: 1930).*

En mayo de 1916 un *gachero*, trabajando con las escorias que resultan de la fundición de los sulfuros de plomo, sufre “magullamiento con escara de mortificación y fractura últimas falanges dedos 1º, 2º, 3º y 4º pie izquierdo y contusión dorso y herida en talón pie derecho”. Permanece casi tres meses de baja. Dos meses después del alta, encontramos la siguiente anotación en otro parte:

*Ingº: Herido el 26/05. Alta el 22/08. Consulta si puede dejar trabajo débil y pasar servicio antiguo “por faltarnos personal”. Médico: “Ud. mismo habrá visto otros trabajar con más mutilaciones” (910,0188: 1916).*

En los partes encontramos algunas quejas por altas demasiado rápidas. Estas pueden formalizarse en ocasiones a través del sindicato. He encontrado algunos ejemplos al respecto como en el caso señalado del historial 916,0580. En otras ocasiones la queja se manifiesta en la forma de rechazo a la firma del alta por parte del obrero. En el siguiente ejemplo se revisa la decisión inicial dejando tres días más en el hospital.

*Contusión en dorso mano dcha. Nota hospital: Obrero se niega firmar alta alegando no estar curado. Hospitalizado desde el día 22 hasta hoy [25 del mismo mes] (925,0907: 1930).*

Encontramos otro ejemplo 13 años antes en el que un comportamiento similar del obrero merece la reprobación del médico. Este último termina accediendo:

*Fractura de 4º y 5º metacarpianos complicada con heridas dorso y palmar mano dcha. Nota médico: Rechaza alta alegando no tiene fuerza, son pretensiones injustas buscando puestecito o dinero. Unos días trabajo fácil (917,0391: 1917).*

### *Lesiones reproducidas*

En un medio laboral como el minero o el metalúrgico, las recaídas deben ser numerosas. En efecto, he encontrado 27 casos entre los historiales de nuestras cohortes en los que se habla explícitamente de reproducción de herida previa. Esta puede adoptar la forma de ulceración sobre cicatriz, o bien “aqueja dolor” en una zona de accidente previo. Pero la mayoría de los casos lo son por eliminación de uña. En 1931, el 4 de mayo, un obrero sufre un accidente en el que pierde la uña del primer dedo del pie izquierdo. Permanece 40 días de baja. Cuatro días más tarde aparece un nuevo parte:

*Eliminación de la nueva uña 1º dedo pie izdo. Hospitalizado hasta hoy. Reproducción de la herida que sufrió el 04/05/1931 (922,0966: 1931).*

La actuación del médico frente a los casos de reproducción de heridas es la de volver a valorar la condición del obrero y conceder, en su caso, una baja:

*Ulceración sobre cicatriz en región supra-maleolar externa del pie izdo. Hospitalizado hasta hoy (01/12). Nota explicando que fue herido el 07/10 y alta el 07/11, pero sufrió una recaída en su lesión el 11/11 (928,0810: 1929).*

También puede negar la baja como en este ejemplo de 1935. El 16/04 sufre una contusión erosiva en la cara externa del tercio inferior de la pierna izquierda y permanece de baja hasta el 29 del mismo mes. Al día siguiente...

*Se presenta con la herida reproducida manifestando le impide trabajar. Se le dio el alta el 29/04 y estaba curado, por tanto puede seguir trabajando (929,0582: 1935).*

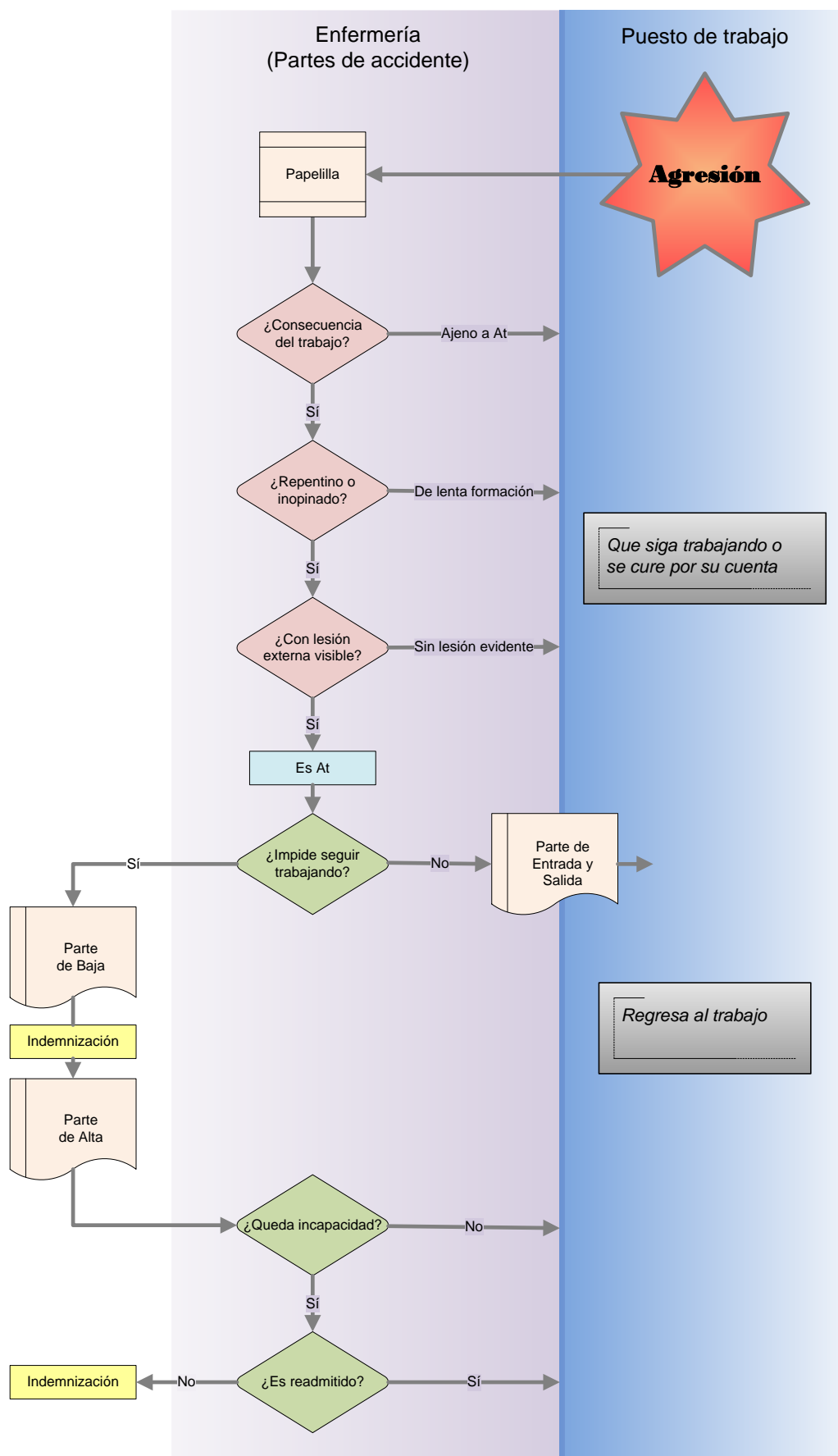
### *Valoración de la incapacidad tras la cura*

En el artículo 18 del Reglamento de 1900 para la aplicación de la LAT figura la obligación del facultativo de librar las certificaciones correspondientes sobre el resultado de la incapacidad, en su caso, “en cuanto se obtenga la curación”. Por su parte, el artículo 19 establece que en ella ha de describirse la inutilidad resultante “lo más detalladamente posible”.

En los 9.974 partes analizados he encontrado alguna referencia al resultado de la atención en más de la mitad de ellos (51,4%). Los casos en los que no se indica resultado se entiende que este carece de relevancia, que son partes de entrada y salida o en todo caso lesiones leves. Si sumamos los casos sin resultado a aquellos con resultado “útil” reunimos un 98,2% de los partes. En los algo más de 200 casos restantes (206, el 1,8% del total) he encontrado diferentes situaciones. Hay constancia en primer lugar de 13 fallecimientos<sup>34</sup>. Incapacidades permanentes contamos nueve, ¡un número inferior al de fallecidos! De ellas, tres son totales y otras seis parciales. El caso más repetido entre las incapacidades parciales es el de la pérdida de un ojo, o quizás de los dos. Junto a ella, la fractura o la pérdida de las extremidades, generalmente inferiores. En casi una veintena de casos se señala una pérdida o limitación resultante del accidente sin que se indique otra consecuencia. De estos 20 casos, en 9 he encontrado el término *útil* unido a la limitación o la pérdida resultante.

Encontramos en definitiva un número muy reducido de incapacidades entre los partes que confirmaría que el principal efecto de la LAT se encontraría en la indemnización por días de baja para los accidentes de trabajo reconocidos como tales. Apenas se reconocen incapacidades y las limitaciones resultantes de los accidentes serán probablemente asumidas por los mecanismos paternalistas de gestión. En aquellos casos en los que se reúnan los requisitos necesarios de antigüedad en la empresa, buen comportamiento...

<sup>34</sup> Como ya se expuso en otro trabajo anterior, la cifra real de fallecidos es superior a los que figuran en los partes. El motivo principal es que aquí encontramos únicamente a aquellos que han fallecido tras ser atendidos en el hospital (véase Cohen Amselem, Ramírez, Fleita González, & Reyes Peis, 2006).



Fuente: HMP partes de accidente. Elaboración propia.

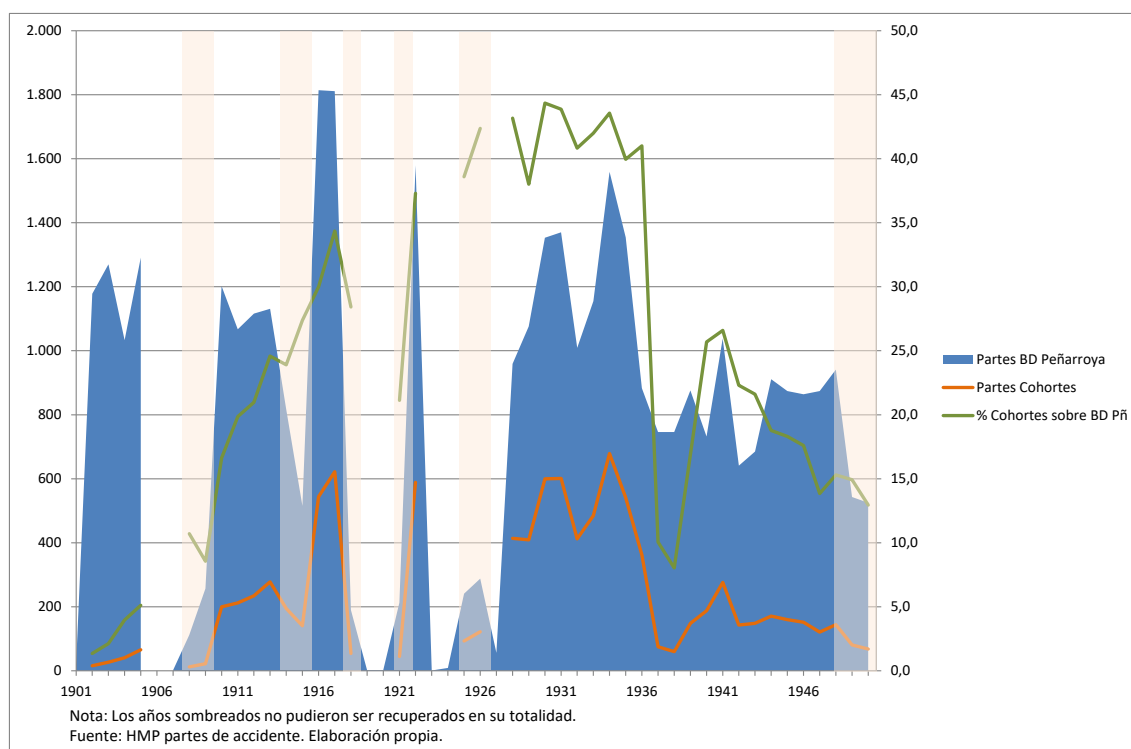
**Figura 9. El proceso de reconocimiento de los accidentes de trabajo**



### 3.2. Los partes en cifras

A la hora de representar el número de partes de las cohortes y de la BD Peñarroya he optado por incluir todos los años para los que contamos con documentación. Cada año representado puede encontrarse en una de tres situaciones posibles:

- Año completamente documentado. Disponemos de partes a lo largo de los doce meses del año.
- Año parcialmente documentado. Disponemos de documentación para uno o más meses de ese año. El número de meses documentados oscila en la práctica entre uno y diez. Dentro de este grupo, los años con nueve o más meses documentados son: 1914, 1948, 1949 y 1950. El resto cuentan con uno o dos meses únicamente.
- Año sin documentar. No pudo recuperarse ningún mes del año en cuestión.



**Figura 10. Número de partes en la BD Peñarroya y en las tres cohortes seleccionadas.**

En la Figura 10 se representan todos los años. Cuando el año se encuentra parcialmente documentado, este se representa sombreado. La figura muestra la relación que existe entre los partes correspondientes a las cohortes, analizados para este trabajo, y el conjunto de los partes de la BD Peñarroya. El número medio de partes en la BD Peñarroya para todos los años documentados es de más de 1.100 por año. Para las cohortes, la cifra media es de 293, menos de un tercio de los anteriores. Como se puede apreciar en el gráfico, esta cobertura media varía mucho en el tiempo. De hecho, si la cifra de partes se mantiene relativamente constante en la BD Peñarroya, en las cohortes podemos distinguir cuatro grandes periodos:

1. Hasta 1915. Con un aumento progresivo del número de partes a medida que se produce la incorporación de efectivos a las cohortes.
2. De 1916 a 1936. Con un gran vacío entre 1918 y 1927. Mantenimiento en valores elevados del número de partes.
3. De 1937 a 1939. Salida de observación con motivo de la Guerra Civil de los miembros de las cohortes y retorno posterior a la Sociedad.
4. Desde 1940. Reducción progresiva de los partes por el agotamiento de las cohortes –salida de observación de sus miembros.

Los valores relativos de los partes de las cohortes con respecto al conjunto de los de la BD Peñarroya presentan menos altibajos que los valores absolutos. Esto permite decir que el número de partes de las cohortes está sometido a los mismos factores que influyen en el número de partes de la BD Peñarroya, con la salvedad hecha de los años 1937 a 1939. La proporción de partes de las cohortes sobre los totales de la BD Peñarroya aumenta en la medida en que lo hace la entrada de efectivos en las cohortes. Esta proporción se mantiene elevada a lo largo de los años centrales de nuestro periodo de observación hasta que comienza a reducir paulatinamente su representación.

Como ya se comentó al hablar de los reconocimientos, la Guerra Civil afecta de manera particular a los miembros de nuestras cohortes. En efecto, a lo largo de 1937 y 1938 se aprecia una caída importante en el número de reconocimientos realizados a sus integrantes. A pesar de ello, el número de reconocimientos de la BD Peñarroya apenas acusa la caída. En el año 1939 encontramos un pico importante de reconocimientos en las cohortes que atestiguarían la reentrada masiva. Como ya se ha publicado con anterioridad (Cohen y Fleta 2012; Ferrer et al. 2005), hay suficientes indicios en la documentación como para pensar en una huida precipitada de antiguos mineros en octubre de 1936 y su sustitución por trabajadores *traídos* a la cuenca por las tropas franquistas. El retorno a la normalidad en términos del número de partes tiene lugar entre 1940 y 1941. A continuación, los partes de las cohortes mantendrían su número descendente en consonancia con la salida de observación de sus efectivos. En conclusión, el número de partes de las cohortes varía en función de los mismos factores y según las tendencias comunes a todos los que integran la BD Peñarroya, con la salvedad de los periodos de entrada y salida de las cohortes.

### *Los grandes grupos de lesiones*

De igual forma que el conjunto de los partes correspondientes a las cohortes evoluciona en paralelo a los de la totalidad de la BD Peñarroya, la distribución por tipos de lesiones de los primeros reproduce con bastante fidelidad la de los segundos. Tal y como muestra la Tabla 5, del total de casi 10.000 partes correspondientes a las cohortes, la mitad responde a heridas contusas y contusiones, seguidas a gran distancia por magullamientos y quemaduras. Son sucesos fortuitos todos ellos que tienden a generar una herida claramente visible, apreciable.

Tabla 5. Distribución de las Lesiones por Grandes Grupos

Lesiones*	BD Peñarroya		BD Cohortes	
	Frecuencias absolutas	Por 1.000 lesiones	Frecuencias absolutas	Por 1.000 lesiones
Herida contusa	11.072	283,9	2.737	274,4
<i>Herida contusa</i>	8.295	212,7	2.058	206,3
<i>Herida contusa con pérdida de uña</i>	1.642	42,1	421	42,2
Contusión	8.543	219,0	2.112	211,8
<i>Contusión</i>	4.295	110,1	1.058	106,1
<i>Contusión de segundo grado</i>	825	21,2	125	12,5
<i>Contusión con pérdida de uña</i>	676	17,3	254	25,5
<i>Contusión erosiva</i>	1.770	45,4	479	48,0
Herida por magullamiento	3.042	78,0	736	73,8
<i>Herida por magullamiento</i>	2.076	53,2	506	50,7
Quemadura	2.454	62,9	761	76,3
<i>Quemadura</i>	1.361	34,9	480	48,1
<i>Quemadura de segundo grado</i>	811	20,8	195	19,6
Infección, sepsis, ulceración y absceso	1.608	41,2	418	41,9
<i>Herida infectada</i>	1.013	26,0	267	26,8
Herida punzante	1.602	41,1	392	39,3
<i>Herida por punción</i>	1.307	33,5	323	32,4
Afección muscular o de las articulaciones	1.474	37,8	335	33,6
<i>Lumbago</i>	455	11,7	120	12,0
Erosión	1.198	30,7	346	34,7
<i>Erosión</i>	1.032	26,5	302	30,3
Herida incisa	1.075	27,6	262	26,3
<i>Herida incisa</i>	674	17,3	145	14,5
Partícula	922	23,6	283	28,4
<i>Partícula extraña</i>	548	14,1	157	15,7
Pérdida de uña y otros tejidos	914	23,4	284	28,5
<i>Pérdida de uña</i>	759	19,5	227	22,8
Herida	779	20,0	285	28,6
<i>Herida</i>	669	17,2	251	25,2
Aqueja dolor o molestia inespecífica	738	18,9	164	16,4
<i>Aqueja dolor</i>	563	14,4	134	13,4
Afección ocular	645	16,5	162	16,2
Herida abierta	566	14,5	116	11,6
<i>Herida por dilaceración</i>	400	10,3	76	7,6
Fractura	542	13,9	89	8,9
<i>Fractura</i>	505	12,9	83	8,3
Afección de la piel	517	13,3	155	15,5
<i>Dermatitis química</i>	417	10,7	131	13,1
Callo	489	12,5	131	13,1
Callo recalentado	203	5,2	85	8,5
Hernia	93	2,4	9	0,9
Recaída o reincidencia sobre herida preexistente	55	1,4	19	1,9
Conmoción	12	0,3	3	0,3
Afección pulmonar	11	0,3	1	0,1
Resto de lesiones	245	6,3	52	5,2
Sin especificar lesión	203	5,2	37	3,7
Total de lesiones	39.002	1.000,0	9.974	1.000,0

\* Los grandes grupos incluyen el detalle de las categorías más numerosas. La mayoría de aquellos recibe el nombre de su principal categoría sin que ésta aporte el total de su frecuencia.

Fuente: HMP partes de accidente. Elaboración propia.

La similitud entre ambos conjuntos de partes no es completa. Observamos variaciones entre uno y otro que se explican por su diferente composición temporal. Entre los partes de las cohortes disminuye el peso de las heridas contusas y en menor medida también lo hacen las contusiones y las fracturas. Al mismo tiempo se observa una mayor representación de las quemaduras, heridas y pérdidas de uñas y otros tejidos. De acuerdo con la Figura 10, los partes de las cohortes arrojan una representación

proporcional adecuada de todos los de la BD Peñarroya durante las dos décadas centrales de nuestro periodo de observación. Sin embargo, los primeros 15 años de dicho periodo se encuentran marcados en las cohortes por la incorporación progresiva de efectivos y en esa medida por una participación relativa del total de partes de la BD Peñarroya cada vez mayor, hasta alcanzar cifras próximas al 40%. De manera inversa, los últimos 15 años del periodo de observación verán la salida paulatina de los miembros de las cohortes, reduciéndose en igual medida su participación relativa sobre el total de los partes.

**Tabla 6. Distribución decenal de los partes con fecha de alta**

	BD Cohortes		BD Peñarroya	
	N	%	N	%
1901 - 1910	384	3,9	6.365	16,3
1911 - 1920	2.280	22,9	8.464	21,7
1921 - 1930	2.272	22,8	5.775	14,8
1931 - 1940	3.551	35,7	10.430	26,8
1941 - 1950	1.464	14,7	7.896	20,3
Total	9.951	100,0	38.930	100,0

Fuente: HMP partes de accidente. Elaboración propia.

La Tabla 6 muestra la distribución temporal de los partes correspondientes a las cohortes frente a la de todos los de la BD Peñarroya. Como puede apreciarse, en los primeros están infrarrepresentadas las décadas primera y última, mientras que están sobrerrepresentadas las dos décadas entre 1920 y 1940. La evolución temporal de la composición por lesiones de los partes resulta coincidente con esta distribución, mostrando un aumento de quemaduras, heridas y pérdidas de uña y una reducción de heridas contusas y fracturas en esos años.

### *Distribución anatómica de las lesiones*

Las cifras resultantes de la clasificación anatómica de los partes de accidente se representan con un ámbito medio de agregación. Este permite reducir los errores que pudieran derivarse de la presencia de partes con poco detalle debido a la falta de celo en su cumplimentación. En la Tabla 7 se puede apreciar una importante concentración de sucesos en los miembros superiores. Casi la mitad de los partes correspondientes a las cohortes se localizan en los miembros superiores (46,4%). Sumada esta cifra a las referencias a los miembros inferiores obtenemos casi ocho de cada diez partes (79,0%).

Con idea de poder valorar la concentración de casos en determinadas zonas del cuerpo he optado por comparar esta estructura de la localización de los partes con la que ofrece Gichot (1923) en su estadística sobre los accidentes de trabajo<sup>35</sup>. En los

<sup>35</sup> Debe advertirse aquí que tanto los accidentes que contabiliza Guichot como la Estadística de Accidentes de Trabajo de 2014 incluyen los diferentes sectores de actividad mientras que las procedentes de nuestras cohortes se corresponden mayoritariamente con el sector minero, aunque también metalúrgico y químico, sin olvidar otros minoritarios como el ferroviario.

datos de Guichot, que incorpora los procedentes del conjunto de los sectores productivos, encontramos un incremento de casi el 100% en las lesiones que afectan a diversas partes del cuerpo. Las que se sitúan en el tronco aumentan en un 40%. Los miembros superiores permanecen con un pequeño incremento del 5% y los inferiores se reducen en un 20%. En definitiva, la concentración de las lesiones en los miembros superiores no solo no está matizada en este referente comparativo sino que incluso se incrementa, acercándose aún más a la mitad de los casos contabilizados.

**Tabla 7. Distribución anatómica de los partes.**

Zonas del cuerpo	Cohortes en Peñarroya				Guichot, 1923		EAT 2014	
	Grupo		Gran grupo		(Lesiones leves y graves)		(Accidentes leves y graves con baja en jornada)	
N	%o	N	%o	N	%o	N	%o	
Sin especificar zona*	646,4				309	13,7	2.020	4,8
Generales	898,9				400	17,7	13.157	31,0
Cabeza	1.267127,0				2.763	122,5	23.507	55,4
Cabeza	309	31,0						
Cara	337	33,8						
Ojos	621	62,3					13.687	32,3
Tronco	67667,8				2.139	94,9	114.356	269,6
Cadera	71	7,1						
Cuello	19	1,9						
Espalda	61	6,1						
Hombros	104	10,4						
Pulmones	2	0,2						
R Abdominal	19	1,9						
R Glútea	2	0,2						
R Inguinal	48	4,8						
R Lumbar	259	26,0						
Tórax	91	9,1						
Miembros superiores	4.632464,4				11.028	489,1	149.321	352,0
Brazos	350	35,1						
Manos	4.282	429,3					98.183	231,5
Miembros inferiores	3.246325,4				5.907	262,0	121.797	287,2
Piernas	986	98,9						
Pies	2.260	226,6					60.614	142,9
Total	9.974	1.000,0	9.974	1.000,0	22.546	1.000,0	424.158	1.000,0

Fuente: HMP partes de accidente, Guichot (1923) y Estadística de Accidentes de Trabajo (Ministerio de Empleo y Seguridad Social).  
Elaboración propia.

\* Para la Estadística de 2014, bajo esta rúbrica he copiado los datos de "Otras partes del cuerpo no mencionadas anteriormente".

La perspectiva actual la proporciona la Estadística de Accidentes de Trabajo que publica anualmente el Ministerio de Empleo y Seguridad Social. De esta última se han considerado los accidentes leves y graves con baja en jornada, con una contabilidad muy diferente a la nuestra e incorporando la totalidad de los sectores. Las cifras del Ministerio vienen a mostrar el grado de concentración de los accidentes *registrados* en Peñarroya. Si comparamos ambas, vemos que en las primeras son mucho más numerosas las lesiones en el tronco, al multiplicarse por cuatro con respecto a las cifras de nuestros partes. También aumentan las generales, al multiplicarse por 3,5 su proporción. Las lesiones en los miembros superiores se reducen en casi un 25% hasta quedar en un 35,2%.

Así pues, los partes tienden a concentrarse sobre todo en zonas fácilmente identificables de acuerdo con la tabla de incapacidades, zonas que también cuentan con un impacto directo sobre la productividad del trabajador. Los miembros superiores

y en menor medida los inferiores son, sin lugar a dudas, las partes del cuerpo más expuestas, pero son igualmente aquellas con mayor probabilidad de sufrir una lesión *visible* al escrutinio médico.

### *Probabilidad de sufrir una lesión*

El análisis cuantitativo de los partes lo concluyo con una aproximación a la incidencia de los accidentes en Peñarroya. Concretamente calculo la probabilidad que tiene un obrero de sufrir una lesión –documentada en un parte– a lo largo de un año. Para ello divido el número de partes existentes en un año documentado por el número de obreros presentes ese año, agrupándolos por año de entrada en observación. Esta última distinción permite apreciar la desigual probabilidad en función del tiempo de permanencia en observación.

La primera tarea a abordar consiste en delimitar la población sobre la cual realizar las operaciones, la base del cálculo. Como he explicado más arriba al describir los reconocimientos, debemos precisar algo más el concepto de *permanencia en observación* a la hora de trabajar con los partes. Si, para los primeros, el propio reconocimiento es prueba de su paso por la empresa, para los segundos, el accidente únicamente podrá tener lugar cuando el obrero esté trabajando en la empresa. Es por ello que he procedido, año a año de calendario y para cada año de entrada en observación, a calcular el número de historiales que permanecían en observación a uno de enero de dicho año. Esta cifra la he utilizado para dividir el número de partes que dicha población generó a lo largo del año. He procedido año a año natural con el fin de aislar adecuadamente los años sin documentar.

Lo anterior nos lleva de nuevo al problema de las *falsas entradas* planteado más arriba. Aquellos historiales de obreros que únicamente pasan por reconocimiento, sin llegar a trabajar en la empresa, aumentan el denominador artificialmente sin aportar probabilidad al cálculo. La dificultad para aislar estos casos me ha llevado a descartar esta posibilidad. Sí llevé a cabo un intento en este sentido, contabilizando únicamente los historiales con una permanencia en observación superior a 365 días. Sin embargo, esto no elimina las falsas entradas prolongadas por espacio superior al año. En cambio, excluye del cálculo los historiales de menor duración que sí han entrado a trabajar. Por otra parte, el cálculo de estos historiales y sus partes apenas llegan a modificar en unas décimas las medias anuales de nueve años puntuales<sup>36</sup>. Finalmente he optado por incluir también los historiales de duración inferior al año, asumiendo el error de incorporar posible falsas entradas pero evitando el de excluir los historiales que, entrando, permanecen 365 días o menos en observación.

---

<sup>36</sup> La excepción se encuentra en 1904, que sí ve afectada su cifra en 2,4 puntos.



Para el recuento del número de partes he eliminado igualmente aquellos que he podido marcar como *segundas curas*. Para ello he identificado los que cuentan con la misma lesión consignada en otro que hubiera sido cumplimentado en los cuatro meses anteriores. He eliminado un total de 111 partes más otros 27 *anulados* por diferentes razones. De la revisión de estos casos se desprende que la gran mayoría responden a segundas curas, si bien no se puede excluir la posibilidad de que entre ellas se encuentre alguna posible recidiva ocurrida en un plazo no superior a los cuatro meses. He procedido así ante la dificultad de discernir entre unas y otras, tras apreciar la escasa importancia numérica de estas últimas.

El resultado de todas estas operaciones no es la cifra de los accidentes *ocurridos*, es la de los accidentes *registrados*, mediando entre ellos los filtros descritos más arriba. Es por ello que no podemos hablar en sí de incidencia. Aun así, considero que la principal virtud de este cálculo reside en la posibilidad de acercarse a las magnitudes de la siniestralidad en Peñarroya y, sobre todo, en la posibilidad de comparar internamente los resultados que se obtienen. Dado que carecemos de información sobre un importante número de años, podremos comparar, sobre todo, la media de la siniestralidad ocurrida en un año para todos los grupos de entrada, con la que obtenemos para otro año diferente. La cifra media para cada grupo de historiales definido por su año de entrada notará en mayor medida el efecto del número de años no documentados para esa cohorte.

Los datos de que disponemos son muy fragmentarios. Permiten el seguimiento de los partes especialmente a lo largo de casi una década, de 1928 a 1936. Con anterioridad, contamos con una serie de años que se caracterizan por la entrada de efectivos y su reducida importancia numérica. Desde 1937 hasta 1940, la huida provocada por la Guerra Civil hace que contabilicemos como presentes aquellos obreros que abandonaron temporalmente la compañía. Los cálculos se verán afectados por esta circunstancia.

Procediendo a la lectura de los datos, vemos que, de 1928 a 1936, estos oscilan entre 18,2 y 34,3 lesiones al año por cada 100 historiales en observación. Esto daría un promedio por obrero de una cada 3 a 5 años. A partir de 1940, las cifras se reducen a 13,5–25,4 cada 100 historiales abiertos, entre siete y cuatro años respectivamente para que el conjunto de los historiales en curso registre una agresión. Esta reducción de la siniestralidad que con muchas cautelas podemos establecer para nuestras cohortes en la última década, no contradice los altos niveles encontrados con anterioridad para estas fechas (Cohen et al. 2006). Dos son las explicaciones que hacen compatible ambas lecturas. En primer lugar, la reducción de la siniestralidad a medida que aumentan los años de observación de la cohorte. Cuando disponemos los resultados en función de los años de observación como puede apreciarse en la Tabla 8, apreciamos los valores elevados en los primeros 5 años de las cohortes. Los máximos de la mayoría de las series se encuentran en esos cinco primeros años. Los años siguientes verán reducirse las cifras en una cantidad modesta. A partir de los 20 años en observación, parece encontrarse una nueva reducción de los índices. Quizás debido a la pericia acumulada en el oficio o quizás al hecho de que la veteranía da acceso a puestos con una diferente estructura de riesgos. Quizás porque ya hayan aprendido a gestionar los pequeños incidentes sin necesidad de perder jornales. En segundo lugar, el hecho de que se combine esta reducción en la siniestralidad de nuestras cohortes



con una reducción de su importancia numérica en el conjunto de los partes de la BD Peñarroya permite que ambas realidades sean compatibles. En todo caso, hablamos de un efecto cohorte en las cifras de siniestralidad, con una incidencia que se reduciría a medida que aumenta el número de años en observación.

La siniestralidad parece responder principalmente a la coyuntura más que al año de entrada en observación del historial. Las desviaciones típicas así lo indican, siendo inferiores cuando se calculan por año natural frente a las calculadas por el año de entrada en observación.

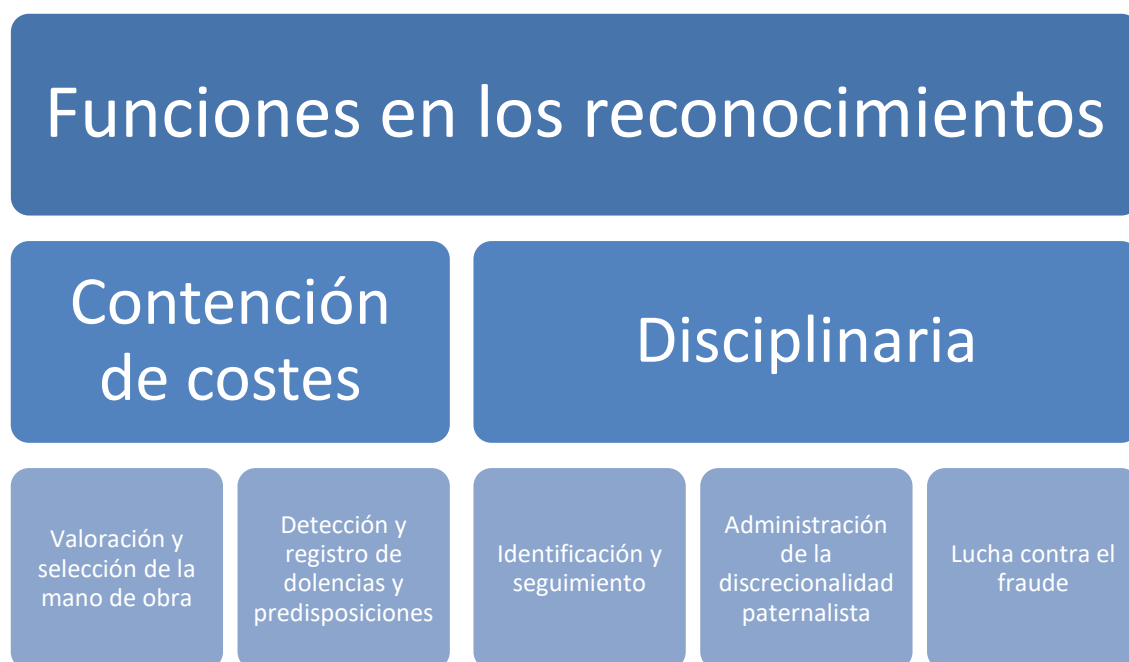
Es digno de mención el elevado número de partes que encontramos en los años 1916 y 1917, en consonancia con las quejas obreras recogidas por García Parody para esas fechas. Como puede apreciarse, gran parte del mismo se debe a los efectivos recién entrados en la empresa, aquellos con menos de cinco años en observación. Es posible igualmente encontrar valores elevados en determinados momentos puntuales.

## 4. La gestión de los riesgos en Peñarroya

Cuando analizamos el rastro que la gestión de los riesgos ha dejado en el Archivo del Hospital Minero, encontramos dos conjuntos de documentos que ocupan posiciones diferenciadas en el proceso de gestión de la mano de obra y sus riesgos. Los reconocimientos, por una parte, son concebidos como un dispositivo de apoyo a la gestión de los accidentes. Requisito para acceder a un empleo en la empresa, se convierten al mismo tiempo en un mecanismo idóneo para la aplicación de los criterios generales de gestión de la mano de obra. El Servicio Médico actuará como brazo ejecutor de dichos criterios. Los partes, por su lado, además de actuar como herramienta auxiliar de la asistencia a los accidentados, son utilizados como un instrumento para la gestión burocrático-administrativa de los accidentes, cumpliendo así con las obligaciones de los patronos contempladas en la ley.

### 4.1. Entre la gestión de los riesgos y la gestión de la mano de obra

La práctica de los reconocimientos médicos a la entrada al trabajo se pone en marcha en Peñarroya poco después de la promulgación de la LAT de 1900 y su desarrollo reglamentario, en apoyo de una interpretación muy restringida del principio de responsabilidad patronal que instaura la ley. De acuerdo con esta, la responsabilidad debía limitarse a los sucesos fortuitos que no fuesen consecuencia de una predisposición o debilidad orgánica del obrero. A tal fin se llevan a cabo reconocimientos, que en poco tiempo serán exhaustivos, en los que se registran las condiciones de los aspirantes. Con el tiempo, la ley sancionaría la realización de los reconocimientos a la entrada e incluso la obligación obrera de someterse a ellos.



Fuente: HMP reconocimientos médicos. Elaboración propia

Figura 11. Funciones que convergen en los reconocimientos.

Esta forma de proceder de la SMMP es semejante a la que lleva a cabo la patronal francesa: al adelantarse a la ley, la dirección se asegura que la implantación de los servicios médicos en la empresa se lleve a cabo acorde con sus intereses. Así, en las instalaciones metalúrgicas que posee la empresa Schneider en Creusot (Borgoña francesa), el servicio médico se insertará en la estructura de autoridad de la empresa como instrumento de la dirección adoptando la forma de un servicio de seguridad –de fuerte influencia norteamericana– compuesto por una serie de mandos y técnicos a las órdenes del patrón. Con el tiempo, la integración de los trabajadores en comités sociales de empresa, prevista en la legislación francesa, se someterá al corsé que impongan los agentes de la dirección (Capuano 2011).

A través del análisis de los contenidos volcados en los reconocimientos realizados a las tres cohortes de obreros he podido poner de manifiesto algunas de las funciones llevadas a cabo por el SM y su evolución en el tiempo. Las funciones vertidas en los reconocimientos se muestran en la Figura 11.

Una primera función de carácter principalmente técnico es la de **contención de costes**, dirigida a limitar el montante derivado de la aplicación de la LAT 1900 a través de la lucha contra las indemnizaciones indebidas. A tal fin se llevarán a cabo procedimientos de detección y registro de dolencias y predisposiciones. Eran estos los que dotaban de sentido y contenido a los reconocimientos. A través de diversos tipos de señales, directamente observables la mayoría, se registraba la dolencia o la predisposición a sufrirla o se caracterizaba la condición orgánica del obrero. Su registro permitía evitar las reclamaciones en caso de accidente laboral o lesión relacionada con la dolencia. La más importante de todas era sin duda la hernia, que copa más de la mitad (58%) de las anotaciones examinadas. Desde el primer momento, la reticencia de la patronal hacia la LAT se concentró en las indemnizaciones por hernias, dispuesta a reconocer únicamente aquellas, excepcionales, que pudieran demostrarse como sobrevenidas. Las predisposiciones a hernias se señalan desde los primeros reconocimientos y es en 1911-15 cuando pasan a ocupar el primer puesto en las anotaciones, que ya no abandonarán. Junto a las hernias encontramos señales de otros tipos de dolencias que igualmente eran registradas para evitar que más adelante pudiesen ser consideradas accidente de trabajo, cobrando la correspondiente indemnización por día de baja.

Estas tareas de detección y registro de dolencias y predisposiciones incorporan en sí mismas un **proceso de naturalización** de los riesgos del trabajo. Este proceso tiene lugar cuando el SM establece una relación causal, en términos probabilísticos, entre una señal, que se toma como indicadora de la condición orgánica del obrero, y un posible accidente o problema de salud futuro. Cuando este último tenga lugar será considerado agravamiento de una dolencia previa. Mediante la detección y registro, el reconocimiento previo logra reconducir la doctrina del riesgo profesional hacia una doctrina de la culpa al descargar la responsabilidad del accidente en la condición orgánica del obrero. El proceso de naturalización se ve reforzado por el hecho de que los reconocimientos se llevan a cabo no solo al comienzo de la trayectoria sino a lo largo de toda ella. Así, cuando se hace firmar por su hernia en formación a un obrero que lleva 20 años en la empresa, se está atribuyendo la causa de la hernia a la naturaleza del obrero y negando la relación que sus condiciones de trabajo pudieran

tener con la formación de la misma. La empresa descarga así sobre el propio obrero el coste del desgaste producido en el trabajo.

A través de una segunda función, también de carácter técnico aunque no exclusivamente, se llevaría a cabo la **valoración y selección de la mano de obra** previa a su contratación<sup>37</sup>. Esta tarea se encuentra presente también en los discursos de los defensores –nacionales y foráneos– de una gestión más científica de la mano de obra a través de un cuerpo técnico con capacidad para asignar los obreros a los diferentes trabajos en función de su capacidad. Para ello se haría pasar al candidato por un peritaje técnico en la forma de reconocimiento médico a la entrada (Buzzi, Devinck y Rosental 2006). Con este fin, los reconocimientos registraban la valoración general de la *utilidad* del obrero –presente en el 97% de los reconocimientos estudiados. Esta valoración podía verse acompañada en muchos casos de otras consideraciones sobre dicha utilidad –“débil para vagonero”, etc.– que, por un lado, podían desaconsejar un puesto o servicio determinado y, por otro, podían aportar criterios para que el responsable del tajo adoptase una decisión informada. Los historiales reconstruidos muestran que la valoración negativa del estado del obrero o las recomendaciones sobre el puesto a ocupar no eran necesariamente determinantes de la decisión adoptada finalmente por los responsables de la contratación. Esta función se expresa principalmente en todas las anotaciones sobre la edad –su exceso o su insuficiencia– que hemos recogido. También acompañando a muchas valoraciones sobre utilidad o anotaciones sobre dolencias.

Las anotaciones sobre la edad que hemos analizado tienen un peso muy importante a lo largo de las dos primeras décadas. Caen, sin embargo, de manera repentina a partir de 1922. Comprenden anotaciones referidas a la escasa edad de los candidatos y su desaparición es la consecuencia directa de la del trabajo infantil en Peñarroya por esas mismas fechas (Cohen y Fleta 2013). Asimismo incluyen bastantes menos anotaciones sobre la avanzada edad o el *desgaste* del obrero. Estas últimas cesan igualmente en las mismas fechas. Sin embargo, la proporción de trabajadores mayores de 39 años se mantiene. Los trabajadores de mayor edad seguirán teniendo similar importancia numérica hasta el final de nuestra serie. En otras palabras, la fuente enmudece en este aspecto a partir de 1920.

La tercera función tiene que ver con toda una serie de tareas relacionadas con la gestión más ordinaria de la mano de obra. La exhaustividad con la que se realizaban los reconocimientos y la proximidad del SM a la Dirección lo convertían en un instrumento privilegiado para ese propósito. La he llamado **función disciplinaria** queriendo destacar así su carácter *político* en lo que se refiere al orden y la organización de la empresa. Agrupa un conjunto de procedimientos que, con distinta fuerza y distinto calendario, muestran en general su agotamiento antes de que concluya el periodo de observación. Un primer tipo de procedimientos buscaría la identificación y el seguimiento efectivo de los obreros mediante marcas corporales visibles –lunares, manchas en la piel, cicatrices...–, aclarando identidades,

---

<sup>37</sup> Para el caso de Bélgica, Geerkens (2011) habla de la práctica de una medicina preventiva que adopta la forma de una *medicina de selección*. Esta protegería a la empresa frente a los costes de la reparación de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, más centrada así en los trabajadores que en sus condiciones de trabajo.

relacionándolo con registros anteriores. Presenta máximos en la segunda década de observación (1911-20) y desaparece paulatinamente dentro del periodo de observación. Probablemente de la mano de la generalización de procedimientos más efectivos de identificación. Hemos visto también anotaciones que ponían en práctica las disposiciones disciplinarias de la Dirección, que aquí he llamado *administración de la discrecionalidad paternalista*. En este sentido, encontramos inadmisibles “por orden de la Dirección” como consecuencia de su participación en una huelga. Figuran también inadmisibles que obtienen el perdón de la Dirección. El último conjunto de procedimientos lo constituye la lucha contra el fraude. Este se persigue con ahínco y es sancionado cuando aparece –falsas identidades, accidentes sospechosos... Encontramos sobre todo sospechas y prevenciones ante el mismo.

La **función asistencial y de vigilancia higiénico-sanitaria** la encontramos en la forma de recomendaciones al obrero, notas al ingeniero o preocupación por determinadas afecciones infecciosas.

### *Evolución de las funciones*

Podemos seguir la transformación de las funciones llevadas a cabo por el SM a través de los cambios observados en las anotaciones presentes en los reconocimientos. En una primera etapa, el SM desplegaría todas las descritas más arriba, abriendo desde el primer momento el abanico de dolencias para concentrarse con el paso del tiempo en las hernias. La escasez de edad ocuparía, al comienzo de nuestra serie, un lugar muy importante e iría dando paso a otros focos de atención –principalmente las hernias. En la primera década encontramos que la mitad de los reconocimientos son merecedores de anotaciones. En la segunda, una proporción semejante registran anotaciones, pero aumenta bastante su número por cada reconocimiento con contenido. El resultado es un incremento de las anotaciones de todo tipo, registrándose los máximos de la serie.

En la década siguiente y hasta la irrupción de la Guerra Civil desciende bruscamente la proporción de reconocimientos con contenido y el número medio de anotaciones se aproxima a una relación de uno a uno. Se anotan menos reconocimientos y en ellos se registran menos cosas. Sin embargo, el número de reconocimientos sin anotaciones aumenta con el incremento de la contratación en 1924. Se reducen las anotaciones y la información consignada en los boletines por el SM parece caer en un letargo de 15 años en el que apenas varía la cifra de 10 reconocimientos anotados por cada 100 historiales abiertos en el año –frente a 20 en las décadas anteriores. Las anotaciones sobre la edad y disciplinarias prácticamente han desaparecido. La detección de hernias y otras dolencias reducen su frecuencia en el conjunto de los reconocimientos. Son las dolencias más graves las únicas que mantienen sus cifras.

¿A qué es debido este cambio en los reconocimientos? Una primera búsqueda de explicaciones debe dirigirse a posibles cambios en las condiciones en las que accede la fuerza de trabajo. Esta a su vez podría estar relacionada con una mejora de las condiciones de vida de la población obrera que surtía de mano de obra a la compañía. Esto es poco probable a juzgar por las movilizaciones en los campos cordobeses de finales de la década anterior descritas por Juan Díaz del Moral (Díaz del Moral 1973).

Aunque las condiciones de la población obrera no hubiesen mejorado, sí es posible que la Sociedad hubiese podido seleccionar mejor a sus candidatos. En este sentido operaría la disponibilidad de un mercado local estable de mano de obra que hubiese incorporado ya los criterios de selección/exclusión utilizados por el SM. Tras las primeras décadas del siglo veinte, los esfuerzos de la SMMP por atraer y fijar la mano de obra, dos de los grandes objetivos del programa paternalista (Sierra Alvarez 1990), debían dar como fruto la existencia de un mercado local que abasteciese las necesidades de la empresa. En este sentido podemos entender la evolución de las zonas geográficas de reclutamiento en las tres cohortes. Las aportaciones de la provincia de Córdoba pasan de 63,1% en C1, a 66,5% en C2 y 78,7% en C3 (Ferrer et al. 2005). Aumentan su participación en los reconocimientos los procedentes de Córdoba en casi 16 puntos porcentuales. A través de estas cifras provinciales podemos entrever, en la cohorte C3, la consolidación de un mercado local de mano de obra que abastece a la empresa en condiciones de homogeneidad, continuidad, etc.

Con un entorno que le suministra la mano de obra que requiere, ya no es tan necesario marcar la *inutilidad* de esta a su llegada. La aplicación sostenida de unos criterios estables de exclusión facilita su incorporación por parte de la población gestionada. En los años de acceso de la tercera cohorte, el SM ha dejado atrás la tarea de selección de la mano de obra. Los criterios de exclusión han sido ya asumidos y es mucho menos necesaria su aplicación efectiva. La tarea de selección también puede ser realizada por los ingenieros que remitirán al SM solo aquellos obreros con posibilidades de ser contratados. En ambos casos la selección se realizaría *ex ante*. La tarea de selección y exclusión de la fuerza de trabajo poco útil ya no se llevaría a cabo en la misma medida en el SM, aunque este seguiría siendo garante del proceso de selección/exclusión y, junto a ello, continuaría participando en la valoración de la misma.

En todo caso, el hecho de que las pérdidas anatómicas y/o funcionales mantengan su frecuencia al mismo tiempo que caen el resto de las dolencias –incluyendo hernias– y el resto de anotaciones en general, permite desechar la idea de una mejoría sustancial de las condiciones de salud de los nuevos ingresos y dirige la mirada hacia **un cambio en la gestión de los reconocimientos**. En trabajos anteriores se ha aportado como explicación la “*banalización* del 'riesgo profesional' (entre otros), en un contexto de creciente actuarialización” (Cohen y Fleta 2012, p. 155 subrayado en el original). Es necesario considerar también que todo ello tiene lugar en un contexto marcado por la creciente mecanización y transformación de las labores, especialmente en la segunda mitad de los años 20, que avanzaría hacia la “desvalorización del trabajo de los mineros” (Cohen et al. 2005, p. 138).

Sin excluir otras explicaciones, la idea que aquí se defiende es la de un cambio de las funciones llevadas a cabo por el SM. En un contexto de crecientes dificultades para el despliegue de una política paternalista de la mano de obra –entre otros motivos, por la creciente movilización obrera–, el SM a través de su actuación se alejaría de las prácticas paternalistas y buscaría una legitimación de carácter cada vez más técnico. Abundando en este argumento, parece claro a tenor de los datos analizados que tiene lugar a partir de 1920 un cambio en los criterios aplicados por el SM. La razón que aquí se aporta es la de una movilización obrera crecientemente exitosa que termina por diluir las condiciones de posibilidad de la gestión paternalista

de la mano de obra que se venía llevando a cabo con la participación del SM. La huelga iniciada en abril de 1920 movilizó a 14.000 obreros de la cuenca y concluyó a los dos meses tras los acuerdos alcanzados entre UGT y la empresa. Entre esos acuerdos figuraba un aumento de los jornales, la regulación del precio del pan, la readmisión de todos los obreros sancionados por la huelga y la reglamentación del régimen disciplinario (García Parody 2009, p. 85). Esto último suponía un golpe importante a la discrecionalidad paternalista, condición de su existencia. Más allá de la aplicación efectiva e inmediata de este acuerdo, el movimiento obrero salió reforzado, aumentando así las dificultades para la continuidad del modo de gestión paternalista.

En su primera fase de implantación, el SM había encontrado su espacio en la fusión de las funciones técnicas, propias de su ámbito de competencia, y la aplicación de mecanismos inherentes a la gestión paternalista de la mano de obra. La dirección de la empresa descargará en ese nuevo servicio parte de la gestión de la mano de obra, en una alianza que tendrá como resultado una auténtica *medicina de empresa* (Cohen et al. 2002). Dos décadas después, las condiciones que hicieron posible la prolongación de un modo paternalista de gestión se han modificado. La nueva medicina de accidentes tendrá que buscar una legitimación diferente, que encontrará en su perfil más *técnico*.

Con el triunfo de los sublevados en la Guerra Civil se opera un cambio radical en el contexto de las relaciones laborales, con la implantación de un nuevo marco institucional inspirado en dos patrones: la militarización<sup>38</sup> y el paternalismo<sup>39</sup> (Babiano 1993). Las funciones disciplinarias pasan entonces a ser ejercidas por otros mecanismos más eficaces.

## 4.2. La gestión de los accidentes de trabajo

La gestión de los accidentes en Peñarroya está sujeta a tres principios de actuación. El primero de ellos es **la limitación de las indemnizaciones** por accidente de trabajo a los casos previstos en la ley. En efecto, existe una preocupación constante por evitar el cobro *indebido* de indemnizaciones y este límite entre las percepciones que no son indebidas y las que sí lo son se establece a partir de la interpretación restringida que hace la patronal del accidente de trabajo, limitada a “todo hecho que produzca una lesión corporal ocasionada por una causa exterior, fortuita, súbita, violenta e involuntaria”. Queda al margen, por tanto, todo suceso que no produzca una lesión aparente o visible, todos los sucesos no violentos y los procesos de lenta formación, los degenerativos, los infecciosos y los que puedan deberse a un agravamiento de enfermedades anteriores o bien deriven de la condición orgánica del obrero. Quedan al margen todos los procesos de *desgaste*, tan importante en el medio minero.

---

<sup>38</sup> Militarización entendida como “un conjunto de pautas disciplinarias puestas en marcha (además de que aparezcan en la legislación o impregnen el entramado institucional) en el propio escenario productivo, al objeto de controlar tanto el proceso de trabajo como a los propios trabajadores. Esta clase de disciplina, se inspira directamente en los hábitos castrenses, en los modos con que la jerarquía militar obtiene la sumisión de la tropa y la moviliza con eficacia” (Babiano 1993, p. 88).

<sup>39</sup> Entendido este último en términos de especial protección de los trabajadores frente al despido.

El segundo principio es **el registro exhaustivo de todas las lesiones que pudieran constituir una posible causa de incapacidad** incluida en el cuadro definido por la ley. Así, se multiplican los apuntes sobre las extremidades, especialmente las superiores. Se recogen con todo detalle las agresiones en las manos, los pies y los ojos. Se describen con especial dedicación las lesiones en los dedos y sus diferentes elementos constitutivos. Y se anota también el resultado final de la agresión en términos de la incapacidad resultante, aunque esta última situación tiene lugar en un número muy reducido de ocasiones.

El tercer principio está estrechamente ligado al primero: **la detección del fraude**. Este se pone de manifiesto en las dudas ante un posible aprovechamiento ilegítimo de la normativa o ante posibles actos *de mala fe* que surgen en cuanto el carácter violento, fortuito o visible de la agresión permanece oculto. También se revela en la sospecha ante las autolesiones o las lesiones autorreproducidas, pero sobre todo en las sospechas ante la posibilidad de hacer pasar como fortuito un proceso infeccioso, lento o degenerativo. Frente a ellos, el dictamen facultativo resulta decisivo asignando o no la categoría de accidente del trabajo a una lesión determinada y detectando la *mala fe* del obrero.

Resulta llamativo el hecho de que, tras el importante esfuerzo desplegado en la aplicación de los reconocimientos, prácticamente no encontremos partes en los que se niegue de forma explícita el carácter de accidente apoyándose en un reconocimiento previo. Cabe entonces hacerse la pregunta ¿era eficaz el reconocimiento? No he encontrado constancia escrita que permita afirmarlo. Pero entonces, ¿qué lleva a mantener los reconocimientos médicos? La respuesta debe hallarse en el hecho de que no encontramos registro de dicha eficacia porque esta es preventiva y simbólica. Es **preventiva** porque evita la llegada de los casos a los partes. Muy pocos obreros acudirán a reclamar atención sabiendo que en el SM tienen constancia de una conjuntivitis o una predisposición a hernia previa. Es **simbólica** porque, más allá de su eficacia real y concreta en determinados casos<sup>40</sup>, está su alcance como *estímulo que busca persuadir* a aquellos que pudieran verse tentados a efectuar reclamaciones indebidas. Su existencia recuerda con claridad lo que no se está dispuesto a permitir, aquello que, caso de presentarse, se detectaría sin ninguna duda. Es un icono de la lucha contra el fraude, un ejemplo de que no se escatiman esfuerzos frente a los accidentes de trabajo *impropios*. La empresa deja claro en todo caso su determinación en la lucha contra el fraude.

---

<sup>40</sup> Cabe citar en este sentido las devoluciones de papelillas por hernia no sobrevenida o el carácter probatorio del reconocimiento médico frente a un tribunal.



## Segunda parte. Los riesgos oculares en el Hospital de Peñarroya

---

## Capítulo 4. Clasificación de las menciones oculares

---

En la primera parte de este trabajo he expuesto las características de los archivos de Peñarroya analizando los componentes de su gestión y su evolución en el tiempo así como los riesgos presentes en ellos, su número y evolución. A lo largo de esta segunda parte entro a analizar la acumulación de estos últimos en los cuerpos obreros a través del seguimiento de los específicamente oculares. Empiezo, en el capítulo cuarto, con el análisis y la clasificación de las referencias a problemas oculares encontradas en el subconjunto de reconocimientos médicos y partes de accidente pertenecientes a las cohortes seleccionadas. La agrupación de los términos permite llevar a cabo, en el capítulo quinto, el análisis cuantitativo de la estructura de los riesgos y de los diferentes factores que inciden en su evolución. Concluyo este capítulo identificando tipos de trayectorias en función de las menciones oculares encontradas en ellas. En el capítulo sexto procedo con el análisis cualitativo de las trayectorias, buscando hablar de los riesgos oculares soportados por los obreros, de su acumulación en los cuerpos y de su gestión. En el capítulo séptimo relaciono las principales conclusiones extraídas del análisis de los riesgos oculares. Finalizo el trabajo con la discusión de los hallazgos obtenidos.

Existen diversas razones que justifican el seguimiento de los riesgos oculares para el estudio longitudinal de la salud en los obreros de Peñarroya. En primer lugar, debe aducirse que la pérdida de la visión es una de las causas de incapacidad reconocida desde la publicación del Reglamento de 8 de julio de 1903 para la declaración de incapacidades por causa de accidentes del trabajo. A partir de este momento, los problemas que afectaban a la visión fueron objeto de un seguimiento estrecho que debía permitir establecer su atribución o no a un accidente de trabajo. En consecuencia, el conjunto de las patologías oculares es uno de los que, al margen de las hernias, dejaron mayor rastro en los reconocimientos<sup>41</sup>. Los procesos infecciosos

---

<sup>41</sup> Prácticamente el 30% del total de las dolencias presentes en los reconocimientos, con la salvedad de las hernias. La siguiente rúbrica en volumen, *deformidad*, apenas alcanza el 6,8% de los casos. En el

detectados a la entrada, las agresiones, que en ocasiones eran reiteradas sobre el mismo o diferente ojo, las valoraciones de la agudeza visual y, en definitiva, las diferentes complicaciones relacionadas con los ojos, imprimieron una huella que es posible seguir a lo largo de los historiales.

La segunda razón se encuentra en su naturaleza ambigua, situada a medio camino entre la agresión repentina y la lenta formación de una patología. El desarrollo de los problemas oculares se ve favorecido por las condiciones insalubres del trabajo minero y metalúrgico a través de las agresiones repetidas: polvo, sequedad, partículas extrañas, partículas incrustadas, falta de higiene y, por supuesto, carencia de medidas de protección. Todo ello provoca el desgaste progresivo del órgano de la vista que puede terminar perdiendo su función. Así pues, nos encontraremos frente a un desgaste progresivo producido por el trabajo, con sus manifestaciones visibles que serán rechazadas como accidente de trabajo, y con unas agresiones directas que sí serán atendidas como tales. La desatención de las primeras provocará un deterioro mayor y más rápido de la vista con efectos directos sobre la productividad obrera. El seguimiento de los problemas oculares nos permite entrar de lleno en el debate sobre los estrechos límites del concepto de accidente de trabajo frente a la generosa concepción del desgaste en el trabajo, que debe ser asumido por el obrero.

Dentro de este debate debe valorarse asimismo la permanencia del tracoma, una patología que podría encontrarse detrás de las diferentes manifestaciones anotadas por el Servicio Médico. La atención a esta patología mediante el tratamiento de sus diferentes manifestaciones podría haber mejorado considerablemente la salud ocular de los trabajadores de Peñarroya y haber evitado muchos de sus inconvenientes en el trabajo. Al no prestar la atención debida a los procesos de lenta formación, se permitió su propagación.

La codificación de los partes y reconocimientos de nuestras cohortes, descrita en la primera parte de este trabajo, me proporcionó 221 rúbricas relacionadas con el ojo y la vista. Todas ellas han sido clasificadas en torno a 40 grupos, cada uno de los cuales es descrito a continuación de acuerdo con la literatura consultada. La discusión de los términos me ha permitido asignarlos a su vez a 10 grandes grupos definidos en función de una combinación de criterios:

- Anatómicos. Así distingo entre *párpado, sistema lagrimal, conjuntiva*,...
- Funcionales. Con grupos como *visión deficiente, corto de vista, sin visión*,...
- Etiológicos. Cuando no he dispuesto de otra información he diferenciado *partícula extraña, contusión, quemadura*,...

Antes de concluir este capítulo, procedo a discutir las relaciones que existen entre los diferentes términos. En un medio pulvígeno y con una higiene muy deficiente, las fronteras entre los diferentes términos, con la información aquí disponible, es difícil de establecer con nitidez. En un último apartado discuto las características del tracoma y su relación con las patologías encontradas y las condiciones del trabajo minero, en un marco histórico y geográfico concreto.

---

conjunto de los partes su presencia se ve muy matizada por la concentración de accidentes en los miembros superiores e inferiores.

## 1. Clasificación de los signos encontrados

A continuación procedo a clasificar el conjunto de los signos y diagnósticos que figuran en los partes y reconocimientos de nuestras cohortes. En cada grupo incluyo las tablas de detalle que recogen la relación de términos incluidos en él con indicación de su número y su proporción sobre el conjunto de las menciones oculares.

### 1.1. Párpados

#### 1.1.1. Blefaritis

Según el Diccionario de la Real Academia Nacional de Medicina (RANM), la Blefaritis:

[Es una] inflamación del borde libre de los párpados, de origen habitualmente bacteriano, que cursa con síntomas inespecíficos de quemazón, prurito, irritación y sensación de cuerpo extraño, más acentuados al despertarse. Suele clasificarse como anterior si se afectan las pestañas y posterior si lo hacen las glándulas de Meibomio, aunque lo habitual es que se solapen estos procesos. Se asocia con frecuencia a enfermedades generales, como la rosácea o la dermatitis seborreica [sic.], y oculares, como el síndrome del ojo seco, la triquiasis, la conjuntivitis, el chalación y la queratitis (RANM 2011, p. 221).

Signos:

- De acuerdo con el manual de Oftalmología clínica de Kanski, Menon y Durán (2004, p. 9), la blefaritis anterior grave de larga duración “puede dar lugar a hipertrofia y cicatrización del borde palpebral, madarosis, triquiasis y poliosis”.

Asociaciones:

- Puede desarrollarse un orzuelo externo como resultado de la diseminación de la infección a las glándulas de Moll o de Zeis.
- La inestabilidad de la película lagrimal está presente en el 30-50% de los casos.
- La hipersensibilidad a las exotoxinas estafilocócicas puede dar lugar a conjuntivitis papilar leve, epiteliopatía puntiforme inferior y queratitis marginal (Kanski, Menon y Durán de la Colina 2004, p. 10).

Diagnóstico diferencial:

- Ojo seco, que puede causar síntomas similares pero, al contrario que la irritación ocular de la blefaritis, raramente es grave por la mañana y suele aparecer más tarde durante el día (Kanski, Menon y Durán de la Colina 2004, p. 11).

*Blefaritis Posterior*

Complicaciones:

- Conjuntivitis papilar y erosiones epiteliales corneales inferiores (Kanski, Menon y Durán de la Colina 2004, p. 11).

*Blefarokonjuntivitis*

“Inflamación simultánea de la conjuntiva y del borde libre de los párpados” (RANM 2011, p. 221).

Dentro de la blefaritis y la blefarokonjuntivitis incluyo los siguientes términos:

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Blefaritis</b>	Blefarítico	1	0,1
<b>Blefaritis</b>	Blefaritis	16	1,4
<b>Blefaritis</b>	Blefaritis crónica	34	2,9
<b>Blefaritis</b>	Blefaritis crónica con alguna granulación	1	0,1
<b>Blefaritis</b>	Blefaritis crónica de sarampión	1	0,1
<b>Blefaritis</b>	Blefaritis crónica e Infección de lagrimales	1	0,1
<b>Blefaritis</b>	Ojos tiernos	1	0,1
<b>Blefaritis</b>	Ojos tiernos por sarampión	1	0,1
<b>Blefaritis</b>	Ojos tiernos. Blefaritis	1	0,1
<b>Blefaritis</b>	Ojos tiernos. Blefaríticos	1	0,1
<b>Blefarokonjuntivitis</b>	Blefarokonjuntivitis	1	0,1
<b>Blefarokonjuntivitis</b>	Blefarokonjuntivitis aguda	2	0,2
<b>Blefarokonjuntivitis</b>	Blefarokonjuntivitis catarral	1	0,1
<b>Blefarokonjuntivitis</b>	Blefarokonjuntivitis crónica	9	0,8
<b>Blefarokonjuntivitis</b>	Blefarokonjuntivitis séptica	1	0,1
<b>Blefarokonjuntivitis</b>	Blefarokonjuntivitis traumática	2	0,2
<b>Blefarokonjuntivitis</b>	Blefarokonjuntivitis y herida conjuntival pequeña	1	0,1
<b>Blefarokonjuntivitis</b>	Conjuntivitis diplobacilar con abundante exudado	1	0,1
<b>TOTAL</b>		<b>76</b>	<b>6,8</b>

Figura en esta categoría un caso en que coincide blefaritis crónica con infección de las vías lagrimales. Incluyo también los casos de *ojos tiernos* como sinónimo de *blefarítico*. La conjuntivitis diplobacilar es sinónimo de la blefarokonjuntivitis angular, un tipo de blefarokonjuntivitis crónica producida por el bacilo de Morax Axenfeld.

### 1.1.2. Orzuelo

“Inflamación aguda por infección, generalmente estafilocócica, de las glándulas de Zeis o de Moll del borde del párpado” (RANM 2011, p. 1221). Las glándulas de Zeis o de Moll son glándulas, sebáceas las primeras y sudoríparas las segundas, asociadas con los folículos de las pestañas.

Incluyo los siguientes términos:

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Orzuelo</b>	Foliculitis de pestañas, propensión	1	0,1
<b>Orzuelo</b>	Foliculitis pestañas	1	0,1
<b>Orzuelo</b>	Orzuelos	8	0,7
<b>Orzuelo</b>	Orzuelos, padeció	1	0,1
<b>Orzuelo</b>	Orzuelos, propensión	3	0,3
<b>Orzuelo</b>	Orzueloso	9	0,8
<b>TOTAL</b>		23	2,1

Figuran aquí tanto los orzuelos como las foliculitis de pestañas. Considera tanto las referencias a padecimientos anteriores como las propensiones a padecer orzuelos o foliculitis. Incluye también la caracterización de un tipo propenso a padecer de orzuelos, el *orzueloso*.

### 1.1.3. Triquiasis

“Crecimiento de las pestañas en dirección a la córnea y a la conjuntiva” (RANM 2011, p. 1637).

“La triquiasis es un trastorno adquirido muy frecuente que puede ocurrir de forma aislada o puede asociarse con la cicatrización del borde palpebral secundaria a blefaritis crónica, herpes zoster oftálmico y tracoma” (Kanski, Menon y Durán de la Colina 2004, p. 3).

Signos:

- El traumatismo de epitelio corneal puede causar erosiones epiteliales puntiformes e irritación ocular que empeoran al parpadear. En los casos graves, de mucho tiempo de duración, pueden aparecer ulceración corneal y formación de pannus (Kanski, Menon y Durán de la Colina 2004, p. 3).

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Triquiasis</b>	Blefaritis crónica con triquiasis	6	0,5
<b>Triquiasis</b>	Triquiasis	7	0,6
<b>TOTAL</b>		13	1,1

**1.1.4. Entropión**

“Inversión del borde libre del párpado hacia el globo ocular, generalmente acompañada de triquiasis” (RANM 2011, p. 595).

*Entropión cicatricial*

“El entropión cicatricial está causado por la cicatrización grave de la conjuntiva palpebral, que estira el borde palpebral hacia el globo ocular. Las causas incluyen conjuntivitis cicatricial, tracoma, traumatismos y quemaduras químicas” (Kanski, Menon y Durán de la Colina 2004, p. 32).

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Entropión</b>	Blefaritis crónica con entropión	1	0,1
<b>Entropión</b>	Entropión	1	0,1
<b>TOTAL</b>		2	0,2

**1.1.5. Ectropión**

“Eversión anormal del borde libre del párpado; suele cursar con epífora, enrojecimiento e hipertrofia de la conjuntiva palpebral expuesta” (RANM 2011, p. 538).

*Ectropión cicatricial*

El ectropión cicatricial se produce por la cicatrización o la contractura de la piel y los tejidos subyacentes que estiran del párpado hacia fuera del globo ocular. [...] Dependiendo de la causa, pueden estar afectados ambos párpados y el defecto puede ser local (p. ej., traumatismo) o general (p. ej., quemaduras, dermatitis, ictiosis) (Kanski, Menon y Durán de la Colina 2004, p. 28 y s.).

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Ectropión</b>	Ectropión	6	0,5
<b>Ectropión</b>	Ectropión por quemadura	2	0,2
<b>TOTAL</b>		8	0,7

**1.1.6. Blefaroptosis**

“Caída del párpado superior” (RANM 2011, p. 222).

*Blefaroptosis mecánica*

Puede producirse, entre otros motivos, por “cicatrización, edema palpebral grave y lesiones orbitarias anteriores” (Kanski, Menon y Durán de la Colina 2004, p. 38).

<u><b>Grupo</b></u>	<u><b>Detalle</b></u>	<u><b>N</b></u>	<u><b>%</b></u>
<b>Blefaroptosis</b>	Blefaroptosis	6	0,5
<b>Blefaroptosis</b>	Párpado algo caído	1	0,1
<b>TOTAL</b>		7	0,6

## 1.2. Sistema de drenaje lagrimal

### 1.2.1. Epífora

“Derrame constante de lágrimas por falta de drenaje” (RANM 2011, p. 601).

“Puede estar causada por: a. Malposición de los puntos lagrimales (p. ej., secundaria a ectropión). b. Obstrucción en cualquier punto a lo largo del sistema de drenaje lagrimal, desde los puntos lagrimales hasta el conducto nasolagrimal” (Kanski, Menon y Durán de la Colina 2004, p. 45).

<u><b>Grupo</b></u>	<u><b>Detalle</b></u>	<u><b>N</b></u>	<u><b>%</b></u>
<b>Epífora</b>	Epífora	1	0,1
<b>Epífora</b>	Epífora e Infección lagrimal	1	0,1
<b>Epífora</b>	Epífora, padeció queratitis	1	0,1
<b>Epífora</b>	Lágrimas cortadas	1	0,1
<b>TOTAL</b>		4	0,4

### 1.2.2. Dacriocistitis

Cualquier inflamación, aguda o crónica, del saco lagrimal, generalmente causada por una infección por *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus pneumoniae*, secundaria a una obstrucción del conducto nasolagrimal. La ulceración corneal es una de sus principales complicaciones (RANM 2011, p. 441).

“El tratamiento se realiza mediante Dacriocistorrinostomía” (Kanski, Menon y Durán de la Colina 2004, p. 55).

<u><b>Grupo</b></u>	<u><b>Detalle</b></u>	<u><b>N</b></u>	<u><b>%</b></u>
<b>Dacriocistitis</b>	Dacriocistitis	8	0,7
<b>Dacriocistitis</b>	Dacriocistitis aguda	1	0,1
<b>Dacriocistitis</b>	Dacriocistitis purulenta	1	0,1
<b>Dacriocistitis</b>	Dacriocistitis supurada	1	0,1
<b>Dacriocistitis</b>	Dacriocistitis, operado	2	0,2
<b>Dacriocistitis</b>	Dacriocistorrinostomía	1	0,1
<b>TOTAL</b>		14	1,3



**1.2.3. Infección lagrimal**

<b><u>Grupo</u></b>	<b><u>Detalle</u></b>	<b><u>N</u></b>	<b><u>%</u></b>
Infección lagrimal	Catarro de vías lagrimales	2	0,2
Infección lagrimal	Infección lagrimal	9	0,8
Infección lagrimal	Ojo infectado	3	0,3
Infección lagrimal	Padeció de vías lagrimales	2	0,2
Infección lagrimal	Supuran vías lagrimales	3	0,3
<b>TOTAL</b>		<b>19</b>	<b>1,8</b>

**1.2.4. Ojo seco o Queratoconjuntivitis seca**

De acuerdo con el manual de Kanski, Menon y Durán (2004), la película lagrimal consta de tres capas, cada una de las cuales realiza funciones diferentes pero esenciales para el mantenimiento de la córnea. El síndrome del ojo seco o queratoconjuntivitis seca tiene lugar cuando el ojo es incapaz de mantener una capa saludable de lágrimas produciéndose una disfunción.

Tres son los tipos posibles: QCS hiposecretora Sjögren, QCS hiposecretora no Sjögren y QCS evaporativa. Una de las causas de la falta de secreción lagrimal en el tipo no Sjögren es la “obstrucción de los conductos de la glándula lagrimal como resultado de cicatrización conjuntival grave (p. ej., penfigoide cicatricial y tracoma)” (Kanski, Menon y Durán de la Colina 2004, p. 58).

Los síntomas más comunes son irritación, sensación de cuerpo extraño, quemazón, presencia de secreción mucosa fibrosa y visión borrosa transitoria. [...] Los síntomas de QCS suelen exacerbarse por la exposición a condiciones asociadas con aumento de la evaporación lagrimal (p. ej., aire acondicionado, viento, calefacción central) o la lectura prolongada, cuando el reflejo de parpadeo está disminuido (Kanski, Menon y Durán de la Colina 2004, p. 58).

Puede producir “erosiones epiteliales puntiformes que afectan a la córnea inferior”. Asimismo, “un ojo seco predispone a queratitis bacteriana y ulceración estéril, que pueden ocasionar perforación” (Kanski, Menon y Durán de la Colina 2004, p. 58).

Todas las queratoconjuntivitis figuran en el apartado del mismo nombre ante la sospecha de que tenemos aquí confundidos diferentes tipos de queratoconjuntivitis sin posibilidad de distinguir entre ellas.

**1.3. Conjuntiva****1.3.1. Conjuntivitis**

“Inflamación de la conjuntiva, por lo general de causa infecciosa o alérgica. Suele cursar con hiperemia conjuntival, fotofobia y lagrimeo. Obs.: Si se ve afectado también el epitelio corneal, se habla entonces de queratoconjuntivitis” (RANM 2011, p. 388).

**1.3.2. Conjuntivitis catarral**

“Conjuntivitis leve en la que predomina la exudación mucosa” (RANM 2011, p. 388).

<b><u>Grupo</u></b>	<b><u>Detalle</u></b>	<b><u>N</u></b>	<b><u>%</u></b>
<b>Conjuntivitis</b>	Catarro conjuntival	1	0,1
<b>Conjuntivitis</b>	Conjuntivitis	38	3,3
<b>Conjuntivitis</b>	Conjuntivitis aguda	4	0,3
<b>Conjuntivitis</b>	Conjuntivitis catarral	10	0,9
<b>Conjuntivitis</b>	Conjuntivitis crónica	3	0,3
<b>Conjuntivitis</b>	Conjuntivitis lagrimal	1	0,1
<b>Conjuntivitis</b>	Conjuntivitis subaguda	1	0,1
<b>Conjuntivitis</b>	Conjuntivitis, propensión	1	0,1
<b>Conjuntivitis</b>	Irritación conjuntival por deslumbramiento	1	0,1
<b>Conjuntivitis</b>	Ojo colorado	1	0,1
<b>Conjuntivitis química</b>	Conjuntivitis por ácido	1	0,1
<b>Conjuntivitis química</b>	Conjuntivitis por la brea	3	0,3
<b>Conjuntivitis química</b>	Conjuntivitis química	34	2,9
<b>Conjuntivitis térmica</b>	Conjuntivitis térmica	3	0,3
<b>Conjuntivitis traumática</b>	Conjuntivitis por chispa de fragua	1	0,1
<b>Conjuntivitis traumática</b>	Conjuntivitis por contusión	1	0,1
<b>Conjuntivitis traumática</b>	Conjuntivitis por cuerpo extraño	8	0,7
<b>Conjuntivitis traumática</b>	Conjuntivitis por gota de estaño	1	0,1
<b>Conjuntivitis traumática</b>	Conjuntivitis traumática	23	2,0
<b>Conjuntivitis traumática</b>	Hiperemia por cuerpo extraño	1	0,1
<b>Conjuntivitis traumática</b>	Irritación conjuntival por cuerpo extraño	3	0,3
<b>TOTAL</b>		140	12,4

Aquí incluyo denominaciones poco específicas como *ojo colorado* e *hiperemia* junto a otras agudas y crónicas. También he encontrado conjuntivitis de diferente etiología: debidas a la presencia de cuerpos extraños, traumáticas y químicas que merecen un apartado específico.

### 1.3.3. Tracoma o conjuntivitis granulosa

Enfermedad crónica conjuntival que afecta secundariamente a la córnea y cuyo agente causal es la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Se considera la causa más frecuente de ceguera evitable en el mundo. [...] Se contagia de un ojo a otro por fómites<sup>42</sup> o con las manos. Las moscas constituyen un vector bastante frecuente. Las infecciones repetidas ocasionan una conjuntivitis folicular, que cursa con escozor, lagrimeo y fotofobia, e hipertrofia papilar de la conjuntiva palpebral superior, distiquiasis, pannus corneal superficial y queratitis epitelial final. En las fases avanzadas se produce una cicatrización de la córnea, conjuntiva y párpados. La ceguera sobreviene años después de la infección activa (RANM 2011, p. 1609).

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Tracoma</b>	Tracoma	3	0,3
<b>Tracoma</b>	Ojo con granulación	1	0,1
<b>Tracoma</b>	Granulación conjuntival	1	0,1
<b>Tracoma</b>	Granulación ojo	1	0,1
<b>Tracoma</b>	Conjuntivitis granular y queratitis	1	0,1
<b>Tracoma</b>	Blefaroptosis consecutiva a tracoma	1	0,1
<b>Tracoma</b>	Manchas en ojos por tracoma	2	0,2
<b>Tracoma</b>	Opacidad corneal por tracoma	1	0,1
<b>TOTAL</b>		11	1,1

Incluyo aquí, por una parte, las escasas menciones a tracoma junto a las menciones que hacen pensar en una conjuntivitis granulosa. A su lado, los cuatro casos en los que se señala explícitamente al tracoma como causa de las complicaciones apreciadas.

### 1.3.4. Pterigión

“Hipertrofia de la conjuntiva bulbar del ángulo interno, de forma triangular, cuyo vértice invade progresivamente la córnea y puede llegar a dificultar la visión” (RANM 2011, p. 1370).

“El pterigión se presenta típicamente en pacientes que han vivido en climas cálidos, y puede representar una respuesta a la sequedad y a la exposición a los rayos ultravioleta de forma crónica” (Kanski, Menon y Durán de la Colina 2004, p. 83).

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Opacidad corneal</b>	Pterigión	13	1,1
<b>TOTAL</b>		13	1,1

<sup>42</sup> Cualquier objeto carente de vida o sustancia que es capaz de transportar organismos infecciosos tales como bacterias, virus, hongos o parásitos desde un individuo a otro.

De acuerdo con la definición, el pterigión es una hipertrofia de la conjuntiva de la zona en que se produce el pliegue del párpado. En consecuencia, corresponde incluirlo en el apartado dedicado a la conjuntiva. Sin embargo, el hecho de que termine afectando a la transparencia de la córnea me lleva a incluirlo en el grupo de las opacidades corneales atendiendo a los efectos que provoca.

## 1.4. Córnea

### 1.4.1. Queratitis

Inflamación aguda o crónica de la córnea. Puede obedecer a múltiples causas, entre las que destacan las infecciones bacterianas y virales. Suele cursar con intenso dolor ocular, enrojecimiento del polo anterior, lagrimeo, fotofobia y blefaroespasma. En ocasiones se forman úlceras corneales que pueden disminuir la agudeza visual por alteración de la transparencia (RANM 2011, p. 1383).

#### *Queratitis bacteriana*

Según Kanski, Menon y Durán (2004, p. 103):

Las bacterias capaces de penetrar en un epitelio intacto son *Neisseria gonorrhoeae* y *Haemophilus influenzae*. Otras bacterias pueden producir queratitis solo después de la pérdida de la integridad del epitelio corneal, asociada con los siguientes factores:

- I. Llevar lentes de contacto [...].
- II. Una enfermedad corneal previa como traumatismo, queratopatía bullosa, exposición y disminución de la sensibilidad corneal.
- III. Otros factores como blefarconjuntivitis crónica, dacriocistitis crónica, deficiencia de la película lagrimal, tratamiento tópico con corticoides e hipovitaminosis A.

#### *Queratitis marginal*

“La queratitis marginal (úlceras catarral) es una enfermedad que se cree debida a una reacción de hipersensibilidad a exotoxinas estafilocócicas. Es particularmente común en los pacientes que padecen una blefaritis estafilocócica crónica” (Kanski, Menon y Durán de la Colina 2004, p. 116 y s.).

Signos:

- Infiltrado marginal subepitelial que está separado del limbo por una zona sana.
- La lesión se propaga de forma circunferencial y se acompaña de una descomposición del epitelio que la recubre, originándose una úlcera (Kanski, Menon y Durán de la Colina 2004, p. 117).

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Queratitis</b>	Queratitis	23	2,1
<b>Queratitis</b>	Queratitis que deja mancha	1	0,1
<b>Queratitis</b>	Queratitis ulcerosa	1	0,1
<b>TOTAL</b>		25	2,3

#### 1.4.2. Queratoconjuntivitis

“Inflamación simultánea de la córnea y de la conjuntiva” (RANM 2011, p. 1384).

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Queratoconjuntivitis</b>	Queratoconjuntivitis	9	0,8
<b>Queratoconjuntivitis</b>	Queratoconjuntivitis crónica	1	0,1
<b>Queratoconjuntivitis</b>	Queratoconjuntivitis por cuerpo extraño	1	0,1
<b>Queratoconjuntivitis</b>	Queratoconjuntivitis química	3	0,3
<b>Queratoconjuntivitis</b>	Queratoconjuntivitis traumática	2	0,2
<b>TOTAL</b>		16	1,5

#### 1.4.3. Leucoma o mancha corneal

“Opacidad blanquecina de la córnea. [...] La terminología de las cicatrices y opacidades corneales ha sido sumamente confusa a lo largo de la historia” (RANM 2011, p. 985).

#### 1.4.4. Opacidad corneal

“Opacidad o pérdida de transparencia de la córnea, ya sea por causas metabólicas, traumáticas, infecciosas o carenciales. [...] Se usa con frecuencia de manera laxa como si fuera sinónimo de Leucoma o de nubécula” (RANM 2011, p. 1210).

#### Pannus

Trastorno de la córnea que se caracteriza por la neoformación de tejido conjuntivo ricamente vascularizado, en forma de manto que cubre la mitad superior de la córnea. Suele ser una secuela del tracoma.

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Leucoma</b>	Leucoma	7	0,6
<b>Mancha corneal</b>	Blefaritis y mancha corneal	1	0,1
<b>Mancha corneal</b>	Mancha corneal	14	1,2
<b>Mancha corneal</b>	Mancha corneal por sarampión	1	0,1

<b>Mancha corneal</b>	Neura central en córnea	1	0,1
<b>Mancha en ojo</b>	Mancha en ojo	29	2,5
<b>Mancha en ojo</b>	Mancha en ojo por sarampión	1	0,1
<b>Mancha en ojo</b>	Mancha en ojo y epífora (lagrimeo constante por oclusión)	1	0,1
<b>Mancha en ojo</b>	Mancha en ojo, ligera	19	1,6
<b>Mancha en ojo</b>	Punto en ojo	1	0,1
<b>Opacidad corneal</b>	Cicatriz corneal	1	0,1
<b>Opacidad corneal</b>	Conjuntivitis en cornea con opacidad	1	0,1
<b>Opacidad corneal</b>	Cornea con excrecencias dérmicas	1	0,1
<b>Opacidad corneal</b>	Córnea infiltrada de pequeño	1	0,1
<b>Opacidad corneal</b>	Opacidad corneal	4	0,3
<b>Opacidad corneal</b>	Opacidad lineal en ojo	1	0,1
<b>Opacidad corneal</b>	Opacidad ojo	1	0,1
<b>Opacidad corneal</b>	Pannus	2	0,2
<b>Opacidad corneal</b>	Queratitis intersticial con opacidad e infiltración	1	0,1
<b>Opacidad corneal</b>	Queratoconjuntivitis con opacidad	1	0,1
<b>TOTAL</b>		89	7,8

Las dificultades para distinguir los diferentes tipos de opacidades y su ambigüedad a lo largo del tiempo, aconsejan crear un grupo en el que se incluyan todas las situaciones que supongan una reducción de la transparencia corneal.

#### 1.4.5. Úlcera corneal

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Úlcera corneal</b>	Úlcera corneal	14	1,2
<b>Úlcera corneal</b>	Úlcera corneal por cuerpo extraño	2	0,2
<b>Úlcera corneal</b>	Úlcera corneal por sepsis vías lagrimales	1	0,1
<b>Úlcera corneal</b>	Úlcera corneal traumática	5	0,4
<b>Úlcera corneal</b>	Ulceración y manchas en córnea	1	0,1
<b>TOTAL</b>		23	2

## 1.5. Cristalino

### 1.5.1. Catarata

“Opacidad total o parcial del cristalino o de su cápsula, especialmente si afecta a la agudeza visual. Las cataratas se clasifican según su evolución, forma, tamaño, localización y etiología” (RANM 2011, p. 286).

#### *Catarata traumática*

“Catarata producida por una contusión, por un traumatismo perforante o por la presencia de un cuerpo extraño en el ojo” (RANM: p. 286).

Como causas que pueden provocar una catarata traumática, el manual de Kanski, Menon y Durán (2004) incluye los siguientes tipos de lesiones: 1. Lesión penetrante directa del cristalino, 2. La concusión, o pérdida del conocimiento acompañada de un período corto de amnesia, 3. El shock eléctrico y los rayos, 4. Radiaciones ionizantes de tumores oculares, y 5. La radiación infrarroja.

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Catarata</b>	Catarata	8	0,7
<b>Catarata</b>	Catarata traumática	5	0,4
<b>Catarata</b>	Catarata y midriasis	1	0,1
<b>Catarata</b>	Catarata, operado	3	0,3
<b>Catarata</b>	Cristalinos condensados	1	0,1
<b>Catarata</b>	Mancha corneal y enturbiamiento cristalino	2	0,2
<b>TOTAL</b>		20	1,8

## 1.6. Úvea

### 1.6.1. Iris y pupila

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Iris</b>	Insensibilidad del iris	1	0,1
<b>Iris</b>	Midriasis	1	0,1
<b>Iris</b>	Pupila tórpida	1	0,1
<b>Iris</b>	Pupilas desiguales	2	0,2
<b>TOTAL</b>		5	0,5

## 1.7. Otras

### 1.7.1. Apreciaciones genéricas sobre los ojos

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Padece de los ojos	Mejoría de los ojos	1	0,1
Padece de los ojos	Padece de los ojos	4	0,4
Padece de los ojos	Padeció de los ojos	2	0,2
Padece de los ojos	Propensión a padecer de los ojos	3	0,3
Padece de los ojos	Aqueja dolor	1	0,1
Padece de los ojos	Aqueja molestia	2	0,2
<b>TOTAL</b>		<b>13</b>	<b>1,3</b>

### 1.7.2. Confunde los colores

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Confunde los colores	Confunde los colores	5	0,5
<b>TOTAL</b>		<b>5</b>	<b>0,5</b>

### 1.7.3. Estrabismo

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Estrabismo	Estrabismo	57	4,9
Estrabismo	Estrabismo acentuado que disminuye agudeza visual	1	0,1
Estrabismo	Estrabismo, sospecha de epilepsia	5	0,4
Estrabismo	Estrabismo, tuvo ataques epilépticos	1	0,1
<b>TOTAL</b>		<b>64</b>	<b>5,5</b>

Incluyo aquí un total de 64 casos en los que se señala estrabismo. El estrabismo constituía sin duda y en primer lugar un elemento de identificación de los obreros por lo que su registro sería más exhaustivo que en el caso de otras dolencias. Por otra parte, el estrabismo es utilizado como signo indicador de una posible epilepsia tal como se señala en 1914: “Es estrábico, que suelen ser epilépticos”. Es por eso que encontramos un total de 5 casos en los que se vincula el estrabismo a una sospecha de epilepsia más un caso en el que coincide la condición de estrábico con ataques de epilepsia en el pasado. En otro caso, el estrabismo acentuado se vincula con falta de agudeza visual.



**1.7.4. Miopía**

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Miopía</b>	Miopía acentuada	1	0,1
<b>Miopía</b>	Miopía ligera	2	0,2
<b>TOTAL</b>		3	0,3

**1.7.5. Apreciaciones sobre la agudeza visual**

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Corto de vista</b>	Corto de vista	5	0,4
<b>Corto de vista</b>	Corto de vista (2/3)	2	0,2
<b>Corto de vista</b>	Corto de vista (1/2)	1	0,1
<b>Visión deficiente</b>	Visión disminuida	3	0,3
<b>Visión deficiente</b>	Visión deficiente	8	0,7
<b>Visión deficiente</b>	Visión deficiente (2/3)	21	1,8
<b>Visión deficiente</b>	Visión deficiente (1/2)	6	0,5
<b>Visión deficiente</b>	Visión deficiente (1/3)	7	0,6
<b>Visión deficiente</b>	Visión deficiente (1/4)	1	0,1
<b>Visión deficiente</b>	Visión deficiente (1/6)	1	0,1
<b>Visión deficiente</b>	Casi ciego	1	0,1
<b>TOTAL</b>		56	4,9

En numerosas ocasiones, la mención a ojos la he encontrado acompañada de una valoración de la agudeza visual. Son apuntes más o menos precisos que permiten valorar la *utilidad* del candidato. En ocasiones estas apreciaciones sobre la agudeza visual no van acompañadas de ningún otro diagnóstico. Estas últimas son las que se han incluido en este apartado. Cuando acompañaban a otro diagnóstico, fueron clasificadas de acuerdo con este último.

**1.7.6. Sin visión**

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Sin visión</b>	Sin visión en ojo	46	4,1
<b>Sin visión</b>	Sin visión en ojo por sarampión	2	0,2
<b>Sin visión</b>	Sin visión en ojo, ajena a Sdad.	3	0,3
<b>Sin visión</b>	Sin visión en ojo, en Sdad.	5	0,4
<b>Sin visión</b>	Falta visión y epífora	1	0,1

<b>Falta ojo</b>	Falta ojo	5	0,5
<b>TOTAL</b>		62	5,6

Los anteriores epígrafes recogen aquellos casos de falta de visión o falta de ojo detectados a la entrada. Todos ellos salvo uno figuran en el conjunto de los reconocimientos.

#### 1.7.7. Pérdida de un ojo

<u><b>Grupo</b></u>	<u><b>Detalle</b></u>	<u><b>N</b></u>	<u><b>%</b></u>
<b>Pérdida de ojo</b>	Pérdida de ojo por herida contusa, IPP	1	0,1
<b>Pérdida de ojo</b>	Enucleación por herida penetrante córnea, IPP	1	0,1
<b>Pérdida de ojo</b>	Vaciamiento de cámara por herida por punción esclerótica	1	0,1
<b>Pérdida de visión</b>	Pérdida de visión por catarata traumática	1	0,1
<b>Pérdida de visión</b>	Pérdida de visión por herida incisa esclerótica	1	0,1
<b>Pérdida de visión</b>	Pérdida de visión por contusión intensa con heridas corneales	1	0,1
<b>TOTAL</b>		6	0,6

Los grupos *pérdida de ojo* y *pérdida de visión* incluyen las pérdidas de ojo o visión ocurridas en accidente, registradas todas en el conjunto de partes. Entre ellos figuran cuatro casos documentados de accidentes ocurridos en la compañía.

#### 1.7.8. Otros

<u><b>Grupo</b></u>	<u><b>Detalle</b></u>	<u><b>N</b></u>	<u><b>%</b></u>
<b>Otros</b>	Bercicio	1	0,1
<b>Otros</b>	Coloboma palpebral	1	0,1
<b>Otros</b>	Dranelo	1	0,1
<b>Otros</b>	Fotosis (¿fotofobia?)	1	0,1
<b>Otros</b>	Hematoma	1	0,1
<b>Otros</b>	Sin pestañas (madarosis)	1	0,1
<b>Otros</b>	Tumoración ojo	1	0,1
<b>TOTAL</b>		7	0,7

## 2. Clasificación de las agresiones más frecuentes

Existe un gran número de casos que únicamente he podido clasificar en función de la agresión sufrida, por lo que he procedido diferenciando por tipos de lesión. Entre las agresiones consignadas he encontrado mayoritariamente traumatismos, lesiones químicas y quemaduras.

### 2.1. Traumatismos

#### 2.1.1. Partícula extraña

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Partícula extraña	Absceso palpebral por rebaba	1	0,1
Partícula extraña	Cuerpo extraño en conjuntiva	3	0,3
Partícula extraña	Cuerpo extraño en córnea	68	5,9
Partícula extraña	Cuerpo extraño en esclerótica	3	0,3
Partícula extraña	Cuerpo extraño en ojo	21	1,8
Partícula extraña	Mota en ojo	14	1,2
Partícula extraña	Partícula enclavada	8	0,7
Partícula extraña	Partícula enclavada en conjuntiva	3	0,3
Partícula extraña	Partícula enclavada en córnea	30	2,6
Partícula extraña	Partícula enclavada en esclerótica	1	0,1
Partícula extraña	Partícula extraña	58	5,0
Partícula extraña	Partícula extraña en córnea	13	1,1
Partícula extraña	Partícula extraña, padeció	1	0,1
Partícula extraña	Partícula incrustada	10	0,9
Partícula extraña	Partícula incrustada en conjuntiva	3	0,3
Partícula extraña	Partícula incrustada en córnea	14	1,2
Partícula extraña	Rebaba extraída	1	0,1
<b>TOTAL</b>		<b>252</b>	<b>22,0</b>

#### 2.1.2. Contusión

<u>Grupo</u>	<u>Detalle</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
Contusión	Contusión	5	0,4
Contusión	Contusión (hiperemia conjuntival)	1	0,1

<b>Contusión</b>	Contusión con erosión corneal	1	0,1
<b>Contusión</b>	Contusión con gran hematoma	1	0,1
<b>Contusión</b>	Contusión con hemorragia conjuntival	1	0,1
<b>Contusión</b>	Contusión con hemorragia en cámara anterior	1	0,1
<b>Contusión</b>	Contusión con hemorragia esclerótica	1	0,1
<b>Contusión</b>	Contusión en globo ocular	21	1,8
<b>Contusión</b>	Contusión en párpado	5	0,4
<b>Contusión</b>	Contusión erosiva	1	0,1
<b>Contusión</b>	Contusión por rebaba	1	0,1
<b>Contusión</b>	Contusión y herida contusa por chapa caliente en cornea	1	0,1
<b>Contusión</b>	Equimosis palpebral por puñetazo	1	0,1
<b>Contusión</b>	Equimosis por pedrada	1	0,1
<b>TOTAL</b>		42	3,7

### 2.1.3. Herida

<u><b>Grupo</b></u>	<u><b>Detalle</b></u>	<u><b>N</b></u>	<u><b>%</b></u>
<b>Herida</b>	Equimosis palpebral	1	0,1
<b>Herida</b>	Hematoma palpebral	1	0,1
<b>Herida</b>	Erosión corneal	16	1,4
<b>Herida</b>	Herida párpado	4	0,3
<b>Herida</b>	Herida lagrimal	2	0,2
<b>Herida</b>	Herida conjuntiva	1	0,1
<b>Herida</b>	Herida córnea	4	0,3
<b>Herida</b>	Herida esclerótica	3	0,3
<b>Herida</b>	Herida contusa	12	1,0
<b>Herida</b>	Herida contusa párpado	17	1,5
<b>Herida</b>	Herida contusa conjuntival	2	0,2
<b>Herida</b>	Herida contusa córnea	4	0,3
<b>Herida</b>	Herida contusa esclerótica	1	0,1
<b>Herida</b>	Herida contusa globo ocular	1	0,1
<b>Herida</b>	Herida incisa córnea y opacidad cristalino	1	0,1
<b>Herida</b>	Herida incisa esclerótica	2	0,2
<b>Herida</b>	Herida penetrante	1	0,1

<b>Herida</b>	Herida por punción esclerótica	1	0,1
<b>TOTAL</b>		74	6,5

## 2.2. Lesiones químicas y quemaduras

### 2.2.1. Quemadura

<u><b>Grupo</b></u>	<u><b>Detalle</b></u>	<u><b>N</b></u>	<u><b>%</b></u>
<b>Quemadura</b>	Dermatitis química	1	0,1
<b>Quemadura</b>	Quemadura	6	0,5
<b>Quemadura</b>	Quemadura en párpado	20	1,7
<b>Quemadura</b>	Quemadura en lagrimal	1	0,1
<b>Quemadura</b>	Quemadura en conjuntiva	6	0,5
<b>Quemadura</b>	Quemadura en conjuntiva y esclerótica	1	0,1
<b>Quemadura</b>	Quemadura en córnea	10	0,9
<b>Quemadura</b>	Quemadura en globo ocular	2	0,2
<b>Quemadura</b>	Quemadura química	5	0,4
<b>Quemadura</b>	Quemadura química en párpado	1	0,1
<b>Quemadura</b>	Quemadura química en conjuntiva	5	0,4
<b>Quemadura</b>	Quemadura química córnea	1	0,1
<b>TOTAL</b>		59	5,1

### 3. Relaciones entre los diferentes diagnósticos

En la descripción realizada con anterioridad de los principales diagnósticos oculares encontrados en los registros de nuestras cohortes se puede apreciar la importante interrelación que existe entre las diferentes menciones. Unido a ello, la dificultad para desentrañar la etiología de las diferentes manifestaciones registradas contribuye también a desdibujar los límites entre los signos registrados. A continuación muestro, en la Tabla 9, las coincidencias que he encontrado entre los diferentes diagnósticos en la literatura que he revisado.

**Tabla 9. Cuadro de relaciones entre diagnósticos**

	Párpado	Conjuntiva	Sistema lagrimal	Córnea	Agresiones
<b>Párpado</b>					
<b>Blefaritis</b>	Orzuelo	Conjuntivitis	Inestabilidad de la película lagrimal	Queratitis	
	Cicatrización palpebral		Síndrome del ojo seco	Erosiones epiteliales corneales	
	Triquiasis				
	Madarosis				
<b>Triquiasis</b>	Entropión	Tracoma		Erosiones epiteliales corneales	
	Cicatrización palpebral			Ulceración corneal	
				Pannus	
<b>Entropión</b>	Cicatrización palpebral	Conjuntivitis cicatricial			Traumatismos
	Triquiasis	Tracoma			Quemaduras químicas
<b>Ectropión</b>		Hipertrofia de la conjuntiva palpebral	Epífora		Traumatismos
					Quemaduras
<b>Blefaroptosis</b>	Cicatrización palpebral				Lesiones orbitarias anteriores
	Edema palpebral grave				
<b>Ojo seco</b>					
<b>Ojo seco</b>		Tracoma	Deficiencia de la película lagrimal	Queratitis	
				Ulceración corneal	
<b>Sistema de drenaje lagrimal</b>					
<b>Epífora</b>	Ectropión		Obstrucción lagrimal		
<b>Dacriocistitis</b>			Obstrucción lagrimal	Ulceración corneal	
<b>Conjuntiva</b>					
<b>Conjuntivitis</b>		Hiperemia conjuntival	Lagrimo	Queratoconjuntivitis	
<b>Conjuntivitis catarral</b>			Infección lagrimal		

## Relaciones entre los diferentes diagnósticos

	Cicatrización palpebral	Conjuntivitis folicular	Lagrimeo	Cicatrización corneal	
<b>Tracoma</b>	Entropión	Hipertrofia papilar de la conjuntiva palpebral		Queratitis	
	Triquiasis	Cicatrización conjuntival		Pannus	
<b>Pterigión</b>		Hipertrofia conjuntival		Opacidad corneal	
<b>Córnea</b>					
<b>Queratitis</b>	Blefarconjuntivitis crónica		Dacriocistitis crónica	Úlceras corneales	Traumatismo
	Blefaritis estafilocócica crónica		Deficiencia de la película lagrimal		
<b>Pannus</b>	Triquiasis	Tracoma		Úlceras corneales	
<b>Cristalino</b>					
<b>Catarata traumática</b>					Contusión
					Traumatismo perforante
					Cuerpo extraño

Fuente: Real Academia Nacional de Medicina (2011) y Kanski, Menon y Durán (2004). Elaboración propia.

Con todo lo anterior es posible dibujar un marco en el que se ponga de manifiesto la relación entre las principales menciones recogidas. Podemos imaginar un medio minero altamente pulverulento y con unas condiciones higiénicas que serían caldo de cultivo ideal para todo tipo de infecciones, especialmente las oftálmicas. El polvo de carbón depositado en la película lagrimal favorecería la obstrucción de los conductos lagrimales provocando dacriocistitis y epífora. Por otra parte, el polvo reseca la película lagrimal incitando a llevarse las manos sucias al ojo. El frotamiento de los párpados sucios, con diminutas partículas de polvo de carbón, podría producir erosiones en el epitelio de la córnea, facilitando la entrada de agentes bacterianos. La frecuente agresión por medio de partículas extrañas incide en mayor medida en estas pequeñas erosiones corneales por las que se abren paso los agentes bacterianos provocando infecciones. Muchas partículas extrañas eran curadas en el hospital minero, en la superficie. Pero cabe preguntarse: ¿cuántas no se resolverían en el mismo tajo en las condiciones higiénicas más propicias imaginables para la multiplicación de las infecciones?

Así, tendríamos un cuadro que comienza con pequeñas infecciones que, de no ser tratadas adecuadamente, darían lugar a complicaciones más severas por cicatrización de los tejidos (párpado, conjuntiva y córnea) concluyendo en una blefaroptosis o en un cuadro de entropión y triquiasis con la consecuente erosión del epitelio corneal y finalmente pannus. O bien una disfunción del sistema de drenaje lagrimal (ojo seco, infecciones lagrimales, dacriocistitis) que terminaría en ulceración corneal. A todo ello le podemos añadir la presencia de sustancias químicas altamente nocivas, tanto en el interior de la mina como en el complejo industrial, capaces de producir quemaduras por medio de salpicaduras en ausencia de medios de protección. Sin olvidarnos de las rebabas tan características de los herreros y de los fundidores.

En definitiva, el conjunto de los signos mencionados habla de un cuadro general que podríamos denominar *oftalmopatía del medio minero-industrial* por la dificultad para separar unos de otros y establecer etiologías diferenciadas.

Llegados a este punto conviene volver la vista a la Tabla 9 y detenernos en el estudio del tracoma. El tracoma guarda relación con la gran mayoría de signos diferentes que aparecen en nuestras cohortes: cicatrización palpebral y los subsiguientes entropión y triquiasis; conjuntivitis folicular que culmina en cicatrización de la conjuntiva; lagrimeo; cicatrización corneal, queratitis y pannus. En efecto, el tracoma podría estar detrás de una proporción muy elevada de todos los signos que hemos encontrado.



## 4. El tracoma

El tracoma “es una enfermedad de poblaciones desfavorecidas con malas condiciones de higiene” (Kanski, Menon y Durán de la Colina 2004, p. 72), siendo en la actualidad la más importante causa prevenible de ceguera en el mundo. Durante las primeras décadas del siglo XX, el tracoma era endémico en muchas regiones de Europa y España una de las naciones más afectadas, con una franja de máxima incidencia que cubría todo el litoral mediterráneo. En nuestro país, en los años 20 y 30, el número de tracomatosos se situaba entre 2 y 4 por cada mil habitantes (Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez 2012, p. 93). Para la década de 1960, la lucha contra el tracoma había dado ya sus frutos y este se veía reducido a grupos de riesgo. La campaña profiláctica iniciada en 1927 con la creación del Servicio Nacional Antitracomatoso y potenciada por la Segunda República en 1933, se había apoyado en una actuación coordinada entre el dispensario de higiene y la intervención en el medio familiar, escolar, comunitario o laboral de la mano de las enfermeras visitadoras. La labor pedagógica, de seguimiento de los casos, profiláctica y terapéutica logró un importante retroceso de la enfermedad hasta ser sustituida por un frente más terapéutico de la mano de la antibióticoterapia (Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez 2012).

Así pues, tenemos una oftalmía infecciosa de amplia prevalencia a lo largo de nuestro período de observación. ¿En qué condiciones se daba el tracoma? De acuerdo con Bernabeu y Galiana (2012, p. 96), las fuentes de la época:

Establecían tres grandes grupos de factores: los relacionados con la biología humana, con las condiciones medioambientales del entorno físico, y un tercer grupo de factores de naturaleza socioeconómica, demográfica, cultural e higiénica, donde se incluirían los de naturaleza laboral.

Pero entre todos ellos destacaban el papel de **la miseria y la pobreza** en la creación de los denominados *ambientes tracomatosos*. En efecto, la lucha contra el tracoma requería una “mejora de las condiciones higiénico-sanitarias y socioeconómicas” (Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez 2012, p. 97). En palabras de Domínguez (1955. Citado en Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez 2012, p. 97) “Agua abundante y buena, alejamiento higiénico de excretas e inmundicias, alimentación adecuada y suficiente, mejora de la higiene de las viviendas y de los servicios públicos, instrucción sanitaria por todos los medios conocidos...”.

Entre los **determinantes de naturaleza medioambiental**, destacamos el efecto del clima y el agua. Con respecto al primero:

El calor generaba un mayor exudado conjuntival, alterando la defensa físico-química del globo ocular y favoreciendo la proliferación de gérmenes. Si sobre la mucosa en esas condiciones se depositaban partículas más o menos sépticas o que podían producir erosiones, se desarrollaba la situación idónea para que apareciera la enfermedad tracomatosa (Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez 2012, p. 98).

Pero eran los problemas relacionados con el ciclo del agua los más destacados, tanto por su escasez como por su contaminación<sup>43</sup>, incidiendo ambos elementos en la falta de higiene necesaria.

Entre los factores de naturaleza socioeconómica, demográfica, cultural e higiénica, las **condiciones de habitabilidad** de las familias más humildes incluían todos los elementos imaginables para la infección y la propagación de la enfermedad. Tal era el ambiente que describían Socías y Delgado en 1939 y García en 1944:

Las casas más pobres eran auténticas cuevas en las que convivían en una única estancia todos los miembros de la familia e incluso algunos animales domésticos [...] La precariedad con la que se veían obligadas a vivir la mayoría de las familias infectadas se traducía en una ausencia de útiles de aseo individual (toallas, etc.) y la frecuente contaminación de los existentes, favoreciendo el contagio del individuo enfermo al sano (Citados por Bernabeu y Galiana: 101).

Las moscas, tan habituales en esos ambientes, suponían un factor agravante actuando como vectores de la enfermedad. Existían también deficientes hábitos personales de higiene como frotarse los ojos, extraer cuerpos extraños con las manos o con la lengua, o recurrir a la limpieza ocular con *aguas maravillosas*.

**El factor agregación.** La concentración en determinados establecimientos como escuelas, talleres y fábricas hacía que los enfermos constituyesen la principal fuente de infección, especialmente aquellos que mostraban cuadros asintomáticos. De igual forma los movimientos migratorios que partían de las áreas endémicas contribuían a su difusión. Este elemento cobra una especial importancia en nuestro caso debido a los importantes flujos de trabajadores entre las áreas mineras (Ferrer et al. 2005).

Todo **medio laboral** que provocase irritaciones conjuntivales y corneales favorecía, por medio de esta acción traumática, la apertura de caminos a la infección. Entre ellos destacaba el trabajo del esparto y del cáñamo, una actividad predominante en el sureste peninsular (Alicante, Almería y Murcia). El polvo que desprendía esta industria facilitaba las lesiones e irritaciones conjuntivales, a lo que se unía el hecho de que estas tareas se realizaban en gran medida en el ámbito de hogares escasamente ventilados (Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez 2012).

En condiciones similares se encontraba la industria minera de Almería y Murcia. Bernabeu y Galiana nos describen, citando a Socías, las condiciones que, en el trabajo minero, favorecían la presencia del tracoma:

los mineros tenían que trabajar ‘en una atmósfera altamente cargada de polvo seco procedente de los minerales y la tierra arrancada’ siendo frecuentes las conjuntivitis por ‘oftalmoconiosis’. A las deficientes condiciones de trabajo se sumaba ‘el bajo nivel de vida de la población dedicada a dichos laboreos’ y la presencia endémica del tracoma (Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez 2012, p. 106).

---

<sup>43</sup> La utilización de agua contaminada para la higiene ocular abundaba en las infecciones oculares (Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez 2012).

#### 4.1. El tracoma en Peñarroya

Entre nuestras menciones oculares el tracoma mantiene una discreta presencia. En el conjunto de las tres cohortes seleccionadas he encontrado un total de 11 casos que he vinculado al tracoma. En tres de ellos el médico consigna directamente tracoma. En otros tres registran granulaciones en ojo que han sido englobadas bajo el término tracoma. Varias razones respaldan esta decisión: los términos *granulosis* y *conjuntivitis granular* son sinónimos de tracoma; esta granulosis se asocia a la hipertrofia papilar de la conjuntiva palpebral superior que daría el aspecto granuloso a la conjuntiva tarsal y por consiguiente al párpado superior. Los cinco últimos presentan diversas complicaciones atribuidas al tracoma: blefaroptosis, queratitis, manchas y opacidad.

Discreta presencia del tracoma... pero no de sus señales. Si bien no aparece directamente mencionado por la fuente más que en contadas ocasiones, las cifras sobre su prevalencia y lo que conocemos sobre las condiciones higiénico-sanitarias de los obreros en Peñarroya hacen temer una infradeclaración de la patología. La razón que se encontraría detrás de este silencio es la escasa atención que merecen los procesos infecciosos. Como vengo diciendo, interesa identificar las señales separando todas aquellas que no posean un origen traumático. Los procesos morbosos de fondo interesan menos a la gestión médico-patronal.

Siguiendo el manual de Kanski, Menon y Durán (2004, p. 72 y s.), los signos clínicos que acompañan al tracoma serían los siguientes:

1. La presentación tiene lugar durante la infancia con el desarrollo de una conjuntivitis mixta folicular/papilar. (...)
2. Inflamación conjuntival crónica. (...)
3. Los folículos límbicos son un signo único. Cicatrizan más tarde y quedan cubiertos por epitelio, dando lugar a una superficie desigual (depresiones de Herbert).
4. La queratitis, durante el estadio inflamatorio, varía desde queratitis epitelial superior hasta infiltrados de la estroma anterior y formación de *pannus*.
5. La cicatrización conjuntival progresiva, si es grave, causa distorsión de los párpados, particularmente del tarso superior, suficiente para producir triquiasis y entropión cicatricial. También puede destruir las células calciformes conjuntivales y afectar a los conductos de las glándulas lagrimales, siendo causa de un ojo seco.
6. El estadio final del tracoma se caracteriza por ulceración corneal grave y opacificación.

A partir de esta clasificación planteo la siguiente correspondencia entre los signos descritos en el manual y los signos que he encontrado en las tres cohortes:

**Tabla 10. Correspondencia entre signos del tracoma y los encontrados en las cohortes**

Signos del tracoma	Signos en las cohortes	N
Conjuntivitis folicular/papilar	Conjuntivitis	61
Conjuntivitis crónica		
Folículos límbicos	Leucoma	7

Opacificación corneal	Mancha corneal	17
	Mancha en ojo	51
	Opacidad corneal	27
Queratitis epitelial	Queratitis	24
Infiltrados de la estroma	Córnea infiltrada	--
Pannus	Pannus	--
Entropión cicatricial	Entropión	2
Triquiasis	Triquiasis	13
Ojo seco	Queratoconjuntivitis	16
Ulceración corneal	Úlcera corneal	23
Total		241

Fuente: HMP reconocimientos médicos y partes de accidente y Kanski, Menon y Durán (2004). Elaboración propia.

En la Tabla 10 he optado por reunir en una misma categoría todo lo relacionado con opacidades o manchas en la córnea debido a la confusión que siempre ha existido sobre la terminología. Entiendo que las manchas corneales pueden hacer referencia a los folículos límbicos, que son signos inequívocos de tracoma. Pero no exclusivamente, dado que pueden estar representando diferentes tipos de afecciones de la córnea. ¿Dónde estaría la separación entre la mancha en córnea u ojo y la opacidad? Seguramente los límites se solapan. Creo también que debe existir confusión entre la blefaritis y la conjuntivitis papilar propia de las primeras formas del tracoma. ¿Podría pasar por blefaritis una conjuntivitis papilar? Probablemente, sobre todo cuanto más rutinarios fuesen los reconocimientos dado que podían no incluir un examen fisiológico de la conjuntiva tarsal mediante eversión del párpado. En estas circunstancias la mera constatación de una característica anormal de los obreros era suficiente para registrar la dolencia previa. Tampoco los 16 casos de queratoconjuntivitis responderían todos ellos a un síndrome del ojo seco. No se incluyen en esta tabla los casos de mal funcionamiento del sistema lagrimal.

No pretendo establecer aquí una correspondencia entre las menciones encontradas en Peñarroya y los signos del tracoma. No es el objetivo. No es posible con los datos de que dispongo. Mi intención es mostrar cómo las diferentes menciones encubren estados morbosos que apenas son mencionados directamente. Insisto, el objetivo del reconocimiento es registrar aquellas lesiones que pudieran hacerse pasar por accidente sobrevenido en el trabajo, no la identificación y el seguimiento de la etiología de los problemas oculares.

De acuerdo con esta tabla, en torno a un tercio de todas las menciones oculares encontradas en Peñarroya, una vez eliminados los traumatismos y las quemaduras, podrían confundirse con signos del tracoma. Si bien no todas ellas tendrán detrás una infección por *Chlamydia Trachomatis*, esta distinción nos permite asomarnos a la presencia del tracoma en el interior del complejo de Peñarroya.

# Capítulo 5. Análisis cuantitativo de las menciones oculares

---

Tras clasificar los riesgos oculares encontrados en nuestras cohortes en grupos y grandes grupos, procedo en este apartado con el análisis cuantitativo de estos. Comienzo en primer lugar con el estudio de su composición para continuar discutiendo su evolución entre cohortes y a lo largo del período de observación. En este punto, los componentes de gestión descritos en el capítulo anterior se manifiestan en una serie de cambios apreciables a partir de 1920. Describo asimismo la importancia numérica de los riesgos registrados, refiriéndolos a la cifra de historiales. Concluyo el capítulo analizando su distribución en el interior de las trayectorias laborales, buscando identificar criterios que permitan la agrupación de las mismas en función de los riesgos observados y de sus efectos sobre las trayectorias. Esto me permitirá, en el siguiente capítulo, proceder con el análisis cualitativo de las trayectorias.

A la hora de realizar los cálculos de las menciones oculares he tenido presente en todo momento la distinción entre diagnósticos y lesiones. He optado por otorgarles un trato diferenciado dado que aquellos cálculos que sí resultan pertinentes para unos, en ocasiones no lo son para los otros. En el análisis de la evolución de las menciones, aunque he calculado en ambos casos la proporción de cada tipo de mención sobre el número de documentos del que proceden –proporción de lesiones por cada 1.000 partes y de diagnósticos por cada 1.000 reconocimientos en medias quinquenales–, también he incluido la proporción, para los diagnósticos, sobre el número de otras dolencias, como conjunto inmediatamente superior que las engloba. El resultado pone de manifiesto el diferente comportamiento de unos y otras.

En apartados anteriores he analizado las observaciones correspondientes a los historiales de las tres cohortes de referencia. Como resultado del proceso de clasificación de los diagnósticos presentes en los reconocimientos y de los accidentes por localización de la lesión he encontrado, en el conjunto de las cohortes, 1.153 observaciones relativas a los ojos o a su función que forman el grupo de las menciones oculares (MO). En su interior, diferenciamos dos grupos en función de su origen:

- el grupo de las agresiones o lesiones oculares (AO) formado por los partes que afectan al ojo o los párpados (621), y
- el grupo de los diagnósticos oculares (DO) compuesto de los reconocimientos que hacen referencia al órgano de la vista y a su función (532).

Los primeros suponen un 6,2% del total de los partes de las cohortes mientras que los segundos exactamente la mitad, el 3,2% de los reconocimientos de las cohortes. En el apartado anterior he trabajado con 221 contenidos diferentes en el nivel de detalle. Toda esta diversidad la he reducido a 40 grupos diferentes que finalmente he limitado a 10 grandes grupos.

La Tabla 11 recoge la distribución de los grupos y grandes grupos de MO con atención a su origen. En las celdas de la tabla se recoge el número de casos del grupo que hemos encontrado, distinguiendo entre partes y reconocimientos. A su lado, figura el porcentaje del grupo sobre el total de las AO y el total de los DO. En la última columna de la tabla figura la proporción que supone cada grupo o gran grupo sobre el total de las MO.

Atendiendo al total de las MO vemos que el gran grupo más numeroso es el de los *traumatismos*, que supone casi un tercio (31,9%) del total. En su interior, el grupo *partícula extraña* suma por sí solo más de un 20% (21,9%). Las agresiones por mota de polvo, rebaba o partícula extraña son, con mucho, los casos más frecuentes. Muy alejada de los *traumatismos*, la *conjuntiva* supone el siguiente gran grupo en volumen, con un 14,5%. En él, los casos constatados de conjuntivitis por agresión (*traumática*, *química* y *térmica*) son mayoría frente a las conjuntivitis sin más información (entre las que se encuentran las producidas por agresión y las infecciosas sin que pueda establecerse a ciencia cierta su naturaleza). A continuación encontramos el gran grupo de las afecciones corneales, casi un 13% del total de las MO, conformado principalmente por *manchas oculares* y *corneales* detectadas en los reconocimientos. También forman parte de él las *queratoconjuntivitis* y las *úlceras corneales*, que encontramos fundamentalmente en los partes de accidente. Le sigue el gran grupo de la *agudeza visual*, con un 11,3% de las MO y el de los *párpados*, con un 11,2%. El primero comprende principalmente defectos de la visión detectados en los reconocimientos y el segundo principalmente infecciones palpebrales recogidas también entre los reconocimientos.

**Tabla 11. Menciones oculares por origen**

Gran grupo	Grupo	Partes		Recono.		Total	
		N	% AO	N	% DO	N	%
GG01. Párpados	Blefaritis	3	0,5	55	10,3	58	5,0
GG01. Párpados	Blefarconjuntivitis	8	1,3	10	1,9	18	1,6
GG01. Párpados	Blefaroptosis			7	1,3	7	0,6
GG01. Párpados	Ectropión			8	1,5	8	0,7
GG01. Párpados	Entropión			2	0,4	2	0,2
GG01. Párpados	Orzuelo	2	0,3	21	3,9	23	2,0
GG01. Párpados	Triquiasis			13	2,4	13	1,1
<b>TOTAL GG01. Párpados</b>		<b>13</b>	<b>2,1</b>	<b>116</b>	<b>21,8</b>	<b>129</b>	<b>11,2</b>
GG02. Sistema lagrimal	Dacriocistitis			14	2,6	14	1,2
GG02. Sistema lagrimal	Epífora			4	0,8	4	0,3
GG02. Sistema lagrimal	Infección lagrimal	1	0,2	18	3,4	19	1,6
<b>TOTAL GG02. Sistema lagrimal</b>		<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>36</b>	<b>6,8</b>	<b>37</b>	<b>3,2</b>
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis	34	5,5	27	5,1	61	5,3
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis química	35	5,6	3	0,6	38	3,3
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis térmica	3	0,5			3	0,3
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis traumática	38	6,1			38	3,3
GG03. Conjuntiva	Queratoconjuntivitis	14	2,3	2	0,4	16	1,4
GG03. Conjuntiva	Tracoma			11	2,1	11	1,0
<b>TOTAL GG03. Conjuntiva</b>		<b>124</b>	<b>20,0</b>	<b>43</b>	<b>8,1</b>	<b>167</b>	<b>14,5</b>
GG04. Córnea	Leucoma			7	1,3	7	0,6
GG04. Córnea	Mancha corneal			17	3,2	17	1,5
GG04. Córnea	Mancha en ojo			51	9,6	51	4,4
GG04. Córnea	Opacidad corneal	2	0,3	25	4,7	27	2,3
GG04. Córnea	Queratitis	20	3,2	4	0,8	24	2,1
GG04. Córnea	Úlcera corneal	21	3,4	2	0,4	23	2,0
<b>TOTAL GG04. Córnea</b>		<b>43</b>	<b>6,9</b>	<b>106</b>	<b>19,9</b>	<b>149</b>	<b>12,9</b>
<b>GG05. Cristalino</b>	<b>Catarata</b>	<b>2</b>	<b>0,3</b>	<b>18</b>	<b>3,4</b>	<b>20</b>	<b>1,7</b>
<b>GG06. Úvea</b>	<b>Iris</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>4</b>	<b>0,8</b>	<b>5</b>	<b>0,4</b>
GG07. Agudeza visual	Corto de vista			8	1,5	8	0,7
GG07. Agudeza visual	Falta ojo			7	1,3	7	0,6
GG07. Agudeza visual	Miopía			3	0,6	3	0,3
GG07. Agudeza visual	Pérdida de ojo	3	0,5			3	0,3
GG07. Agudeza visual	Pérdida de visión	4	0,6			4	0,3
GG07. Agudeza visual	Sin visión	1	0,2	56	10,5	57	4,9
GG07. Agudeza visual	Visión deficiente			48	9,0	48	4,2
<b>TOTAL GG07. Agudeza visual</b>		<b>8</b>	<b>1,3</b>	<b>122</b>	<b>22,9</b>	<b>130</b>	<b>11,3</b>
GG08. Otros	Confunde los colores			5	0,9	5	0,4
GG08. Otros	Estrabismo			64	12,0	64	5,6
GG08. Otros	Padece de los ojos	3	0,5	10	1,9	13	1,1
GG08. Otros	Resto	1	0,2	6	1,1	7	0,6
<b>TOTAL GG08. Otros</b>		<b>4</b>	<b>0,6</b>	<b>85</b>	<b>16,0</b>	<b>89</b>	<b>7,7</b>
GG09. Traumatismos	Contusión	41	6,6	1	0,2	42	3,6
GG09. Traumatismos	Herida	74	11,9			74	6,4
GG09. Traumatismos	Partícula extraña	251	40,4	1	0,2	252	21,9
<b>TOTAL GG09. Traumatismos</b>		<b>366</b>	<b>58,9</b>	<b>2</b>	<b>0,4</b>	<b>368</b>	<b>31,9</b>
GG10. Quemaduras	Lesión química	1	0,2			1	0,1
GG10. Quemaduras	Quemadura	58	9,3			58	5,0
<b>TOTAL GG10. Quemaduras</b>		<b>59</b>	<b>9,5</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>59</b>	<b>5,1</b>
<b>TOTAL general</b>		<b>621</b>	<b>100,0</b>	<b>532</b>	<b>100,0</b>	<b>1.153</b>	<b>100,0</b>

Fuente: HMP reconocimientos médicos y partes de accidente. Elaboración propia.

Si analizamos la distribución por fuente documental de las MO vemos que, en conjunto, sus cifras son similares, en un reparto equilibrado que se inclina hacia un mayor número de partes de accidente. Es esperable que estos recojan las MO de origen traumático frente a los reconocimientos, que registrarían principalmente las de carácter infeccioso y las anotaciones sobre falta de vista. Sin embargo, el análisis de las menciones ha de mostrar que lesiones y diagnósticos son dos grupos heterogéneos y sus fronteras resultan ser bastante difusas debido a la dificultad de establecer el origen infeccioso o traumático de una dolencia. Los grandes grupos de componente principalmente infeccioso –*párpados* y *sistema lagrimal*– son muy mayoritariamente recogidos en los reconocimientos. Junto a ellos, los que califican la *agudeza visual* y el gran grupo *otros* en el que se incluye el estrabismo, de características propias. En los partes detectamos fundamentalmente los *traumatismos* y *quemaduras*, un número reducido de rúbricas que acumulan por consiguiente un gran número de casos. Con un carácter algo menos definido nos encontramos los grandes grupos *conjuntiva* y *córnea*. En su interior, MO de origen claramente traumático –*queratitis traumática*, o *conjuntivitis química*– coexisten con otras que señalan deficiencias de la vista –*manchas*– o MO de carácter infeccioso –*tracoma* y *conjuntivitis*. La *conjuntivitis* junto a la *blefaroconjuntivitis* constituyen dos casos en los que el número de DO se aproxima al de AO. Y no por casualidad. En primer lugar, podemos sospechar la dificultad para distinguir en un examen rutinario entre conjuntivitis y blefaroconjuntivitis, junto a la escasa importancia de dicha diferenciación<sup>44</sup>. En segundo lugar, las características de una conjuntivitis –especialmente la sensación de cuerpo extraño– invitarían a pensar como agresión sobrevenida lo que no es sino resultado de una infección bacteriana. Junto a ello, la dificultad para establecer su origen la convierten en testigo principal de los conflictos en torno al reconocimiento de los accidentes de trabajo.

Tenemos por tanto un conjunto de MO compuesto por dos tipos de información, la que proporcionan los partes y la que proporcionan los reconocimientos. En ellas se da noticia de dolencias de diferente naturaleza, bien traumáticas bien de lenta aparición o que señalan una reducción de la capacidad del obrero. El peso que tienen las AO en el conjunto de los partes y los DO en el conjunto de los reconocimientos es diferente según hemos visto. De un lado, los partes que afectan a cualquiera de los ojos suponen el 6,2% del total de los partes correspondientes a las tres cohortes. Por otra, los DO están presentes en el 3,2% de todos los reconocimientos. Si los reconocimientos que poseen un contenido diferente al de utilidad suponen el 11,0% del total, los DO están presentes en algo menos de un tercio de ellos. Con la salvedad de las hernias, las afecciones oculares forman el grupo más numeroso de dolencias presentes en los reconocimientos.

---

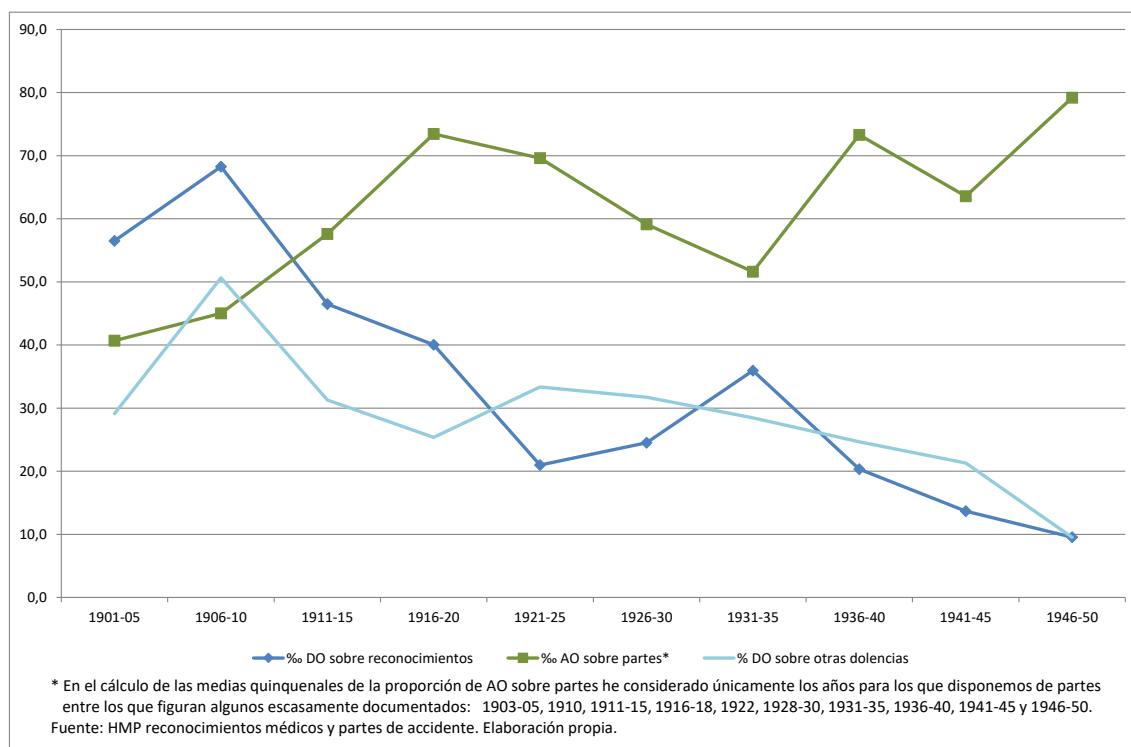
<sup>44</sup> Téngase en cuenta que lo importante era marcar aquellas dolencias provocadas por una agresión súbita y fortuita para poder diferenciarlas de las que no tenían tal carácter.



## 1. La evolución de las menciones oculares

Con objeto de seguir la evolución de las MO, he calculado cifras quinquenales buscando reducir las variaciones anuales que dificultan la lectura. De igual manera he contado el número de MO por cohortes con idea de distinguir entre un efecto de calendario y otro de cohortes. Para el cálculo de las medias quinquenales he procedido en todos los casos de igual manera, calculando las cifras anuales y obteniendo a continuación una media para el quinquenio.

La Figura 12 recoge la evolución, a lo largo del periodo de observación, de la proporción de DO sobre reconocimientos y de AO sobre partes de accidente. Incluye asimismo esa misma evolución para la proporción de DO sobre el total de dolencias que figuran en los reconocimientos una vez excluidas las *hernias* y las *pérdidas anatómicas y/o funcionales* –es decir, sobre el conjunto de *otras dolencias*. Cuando ponemos en relación el número de DO con el número de reconocimientos de las cohortes vemos con claridad que la proporción es cada vez más reducida, pasando de un valor inicial algo superior al 55‰ a un valor final que no alcanza el 10‰. Sabemos, por otra parte, que el número de contenidos presentes en los reconocimientos también se reduce con el tiempo, por lo que esta evolución es perfectamente esperable. Sin embargo, si relacionamos los DO con los contenidos agrupados en *otras dolencias* vemos que la proporción resultante también se reduce. Concluyo, en definitiva, que el número de DO es cada vez menor incluso cuando lo comparamos con el resto de dolencias recogidas en los reconocimientos. Las afecciones oculares ocupan cada vez menos espacio en los reconocimientos.



**Figura 12. Evolución de las menciones sobre el conjunto de las observaciones. Medias quinquenales.**

Por el contrario, la proporción de AO sobre el número de partes sufre un incremento paulatino en los cuatro primeros quinquenios que es seguido de una caída en los tres siguientes y de un incremento posterior que sitúa las cifras finales en casi el doble de las iniciales. En efecto, el número de lesiones oculares es cada vez mayor dentro del conjunto de los partes.

Tenemos, por tanto, unos DO –que son principalmente de carácter infeccioso o bien que identifican carencias en la población obrera– que ocupan un espacio cada vez más marginal con respecto al resto de contenidos presentes en los reconocimientos médicos. Frente a ellos se sitúan unas AO –que registran fundamentalmente acontecimientos fortuitos de tipo traumático– que no solo se mantienen sino que ven aumentar su peso sobre el conjunto de los partes. Estamos hablando por consiguiente de diagnósticos presentes principalmente en los momentos iniciales de las trayectorias obreras, diagnósticos de tipo preventivo. Hablamos al mismo tiempo de lesiones que se sitúan a lo largo de la trayectoria pero que aumentan su número a medida que avanza el periodo de observación.

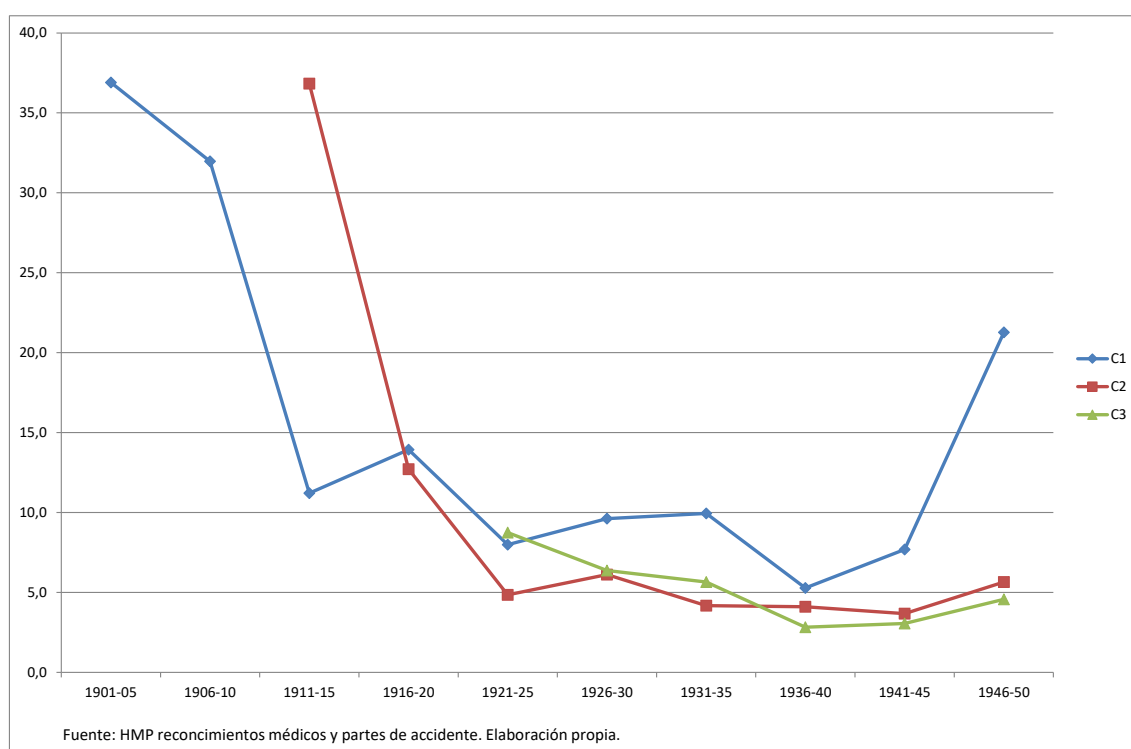
Otra cuestión a responder es si esa reducción de los DO se da por igual entre las cohortes o bien se concentra en unas cohortes concretas. Tras una primera aproximación a los números globales en la Tabla 12 represento, en la Figura 13, las medias quinquenales del número de DO por cada 1.000 historiales para cada cohorte. Esta última me permite valorar la posible existencia de un efecto de maduración en el interior de cada cohorte seleccionada y en qué medida este se mantiene constante para todas ellas. Con el fin de calcular las cifras he procedido a contar, para cada año y cohorte, el número de historiales abiertos a uno de enero del año en cuestión y he referido a dicha cantidad el número de DO registrados a lo largo de ese año para esa población de referencia.

**Tabla 12. Evolución de las menciones oculares entre cohortes**

						Variación C1 a C3	
		C1	C2	C3	Total	N	%
Total de observaciones (partes + reconocimientos)	Total observ. sobre historiales	6.184	11.687	8.328	26.199		
		6,0	5,3	5,0	5,4	-1,0	-16,3
	Menciones ocu. Pporción (MO/Ob, %)	348	518	287	1.153		
		5,6	4,4	3,4	4,4	-2,2	-38,8
Partes	Total partes sobre historiales	2.184	4.416	3.374	9.974		
		2,1	2,0	2,0	2,0	-0,1	-4,0
	Agresiones ocu. Pporción (AO/Pa, %)	135	290	196	621		
		6,2	6,6	5,8	6,2	-0,4	-6,0
Reconocimientos	Total reconos sobre historiales	4.000	7.271	4.954	16.225		
		3,9	3,3	3,0	3,3	-0,9	-23,1
	Diagnósticos ocu. Pporción (DO/Re, %)	213	228	91	532		
		5,3	3,1	1,8	3,3	-3,5	-65,5
	Otras dolencias Pporción (DO/OD, %)	630	826	330	1.786		
		33,8	27,6	27,6	29,8	-6,2	-18,4
Número de historiales		1.025	2.219	1.650	4.894		

Fuente: HMP reconocimientos médicos y partes de accidente. Elaboración propia.

Si nos fijamos en la Tabla 12, vemos que la proporción de DO sobre el número de reconocimientos sufre un descenso espectacular del 65% entre C1 y C3, pasando de encontrar 5,3 DO por cada 1.000 reconocimientos a tan solo 1,8. Como ya he mostrado, esta caída se explica por el descenso del conjunto de las otras dolencias –sin considerar hernias ni pérdidas anatómicas. Sin embargo, esto únicamente se verifica en el paso de C2 a C3 tal y como muestra la proporción de DO sobre otras dolencias. Esta se mantiene constante entre C2 (con 27,6) y C3 (con otro 27,6) pero no entre C1 (33,8) y C2. Todo ello pone de manifiesto que la caída de los DO entre C1 y C3 tiene su razón: a) entre C1 y C2 por la reducción de los DO dentro del conjunto de las otras dolencias, y b) entre C2 y C3 por la reducción del conjunto de otras dolencias, sin que en su interior varíe la proporción de DO. En conclusión, la presencia de DO en C1 es elevada en comparación con el resto de dolencias, pasando después, en C2 y C3, a ocupar una posición más discreta. O bien en C1 existía un mayor número de problemas oculares o bien se buscaron en esa cohorte con más ahínco que en las dos posteriores.



**Figura 13. Número de DO por 1.000 historiales abiertos a uno de enero. Medias quinquenales por cohortes**

La Figura 13 permite seguir la evolución de los DO a lo largo de las trayectorias de las diferentes cohortes. A la entrada de la primera cohorte son numerosos los DO que se registran, más de 30 por cada 1.000 historiales abiertos a uno de enero. Este volumen decae a menos de la mitad al concluir el periodo de entrada. Ratios similares a los primeros se repiten en los historiales que se inician en la primera mitad de C2. Será la última vez. A partir del cuarto quinquenio de nuestro periodo de observación no se volverá a superar la barrera de 15 DO por cada 1.000 historiales –hasta el último quinquenio en que C1 alcanza algo más de 20. En 1921-25, cuando comienzan a entrar los efectivos de C3, las cifras pasarán a moverse entre 5 y 10 DO por cada 1.000

historiales, por lo que solo los que entran en los tres primeros quinquenios contarán con un número elevado de DO a la entrada. La caída prematura de los DO de C1 a partir de 1911-15 señalaría que estos son registrados una única vez para cada obrero en el momento de su entrada. Por su parte, la caída generalizada a partir de 1916-20 indicaría un cambio drástico en el procedimiento de registro de los DO, mostrando desinterés hacia DO que sí habían sido registrados con anterioridad. Ambos elementos me llevan a afirmar, de manera provisional y a falta de ulteriores precisiones, el carácter *preventivo* de este tipo de DO, marcados una sola vez a la entrada y solo a lo largo de los tres primeros quinquenios.

Si encontramos cambios en el volumen global de DO podemos también esperar cambios en su estructura interna. La Tabla 13 muestra los diagnósticos oculares encontrados en cada cohorte. Entre ellos, cinco grupos principales presentan valores superiores al nueve por ciento. Son, por orden decreciente de frecuencia: estrabismo, sin visión, blefaritis, mancha en ojo y visión deficiente. Se trata en su mayoría de valoraciones de la capacidad visual del obrero (salvo el caso de estrabismo), incluyendo además la blefaritis como dolencia infecciosa. Con valores superiores al tres por ciento encontramos otros cinco rubros: conjuntivitis, opacidad corneal, orzuelo, catarata y mancha corneal. Nuevamente tenemos dolencias presumiblemente degenerativas que limitan la capacidad visual del obrero pero en este tramo aparecen dos de origen infeccioso: conjuntivitis y orzuelo.

Cuando entramos a mirar las cohortes vemos que las cinco menciones más numerosas tienden a concentrarse en cohortes específicas, con la excepción de blefaritis que mantiene una presencia similar en las tres. En C1, mancha en ojo y visión deficiente (valoraciones sobre la agudeza visual) suman el 35% de los DO. En C2 destaca sin visión y estrabismo comienza a tener una presencia importante. Entre ambos suman menos del 30% de los DO de la cohorte. En C3, una única mención, estrabismo, supone por sí sola el 27,5% de todas ellas. En C3, ya no encontramos numerosos DO de carácter infeccioso que sí había en C1 y C2: orzuelo, triquiasis, epífora e infección lagrimal. Tampoco aparecen otros DO que suponen limitación de la capacidad visual: mancha en ojo, corto de vista, falta ojo y catarata.

En general, hay una tendencia hacia la reducción e incluso desaparición de las menciones en el paso de C2 a C3. Mucho menos intensa aunque también apreciable es la reducción de C1 a C2. La gran mayoría de los DO que figuran en la tabla con presencia mayoritaria en C1, ven cómo sus valores absolutos se reducen en C2 y finalmente desaparecen en C3 o se reducen drásticamente: orzuelo, triquiasis, epífora, infección lagrimal, mancha en ojo, catarata, iris, corto de vista o falta ojo, y visión deficiente.

Tabla 13. Evolución de los diagnósticos oculares entre las cohortes.

Gran grupo	Grupo	Cohorte C1		Cohorte C2		Cohorte C3		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
GG01. Párpados	Blefaritis	24	11,3	20	8,8	11	12,1	55	10,3
GG01. Párpados	Blefarconjuntivitis	4	1,9	1	0,4	5	5,5	10	1,9
GG01. Párpados	Blefaroptosis			3	1,3	4	4,4	7	1,3
GG01. Párpados	Ectropión	1	0,5	3	1,3	4	4,4	8	1,5
GG01. Párpados	Entropión			2	0,9			2	0,4
GG01. Párpados	Orzuelo	11	5,2	10	4,4			21	3,9
GG01. Párpados	Triquiasis	1	0,5	12	5,3			13	2,4
GG02. Sistema lagrimal	Dacriocistitis	6	2,8	2	0,9	6	6,6	14	2,6
GG02. Sistema lagrimal	Epifora	1	0,5	3	1,3			4	0,8
GG02. Sistema lagrimal	Infección lagrimal	6	2,8	12	5,3			18	3,4
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis	11	5,2	14	6,1	2	2,2	27	5,1
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis química	1	0,5	2	0,9			3	0,6
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis térmica								
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis traumática								
GG03. Conjuntiva	Queratoconjuntivitis					2	2,2	2	0,4
GG03. Conjuntiva	Tracoma	5	2,3	5	2,2	1	1,1	11	2,1
GG04. Córnea	Leucoma	1	0,5	3	1,3	3	3,3	7	1,3
GG04. Córnea	Mancha corneal	6	2,8	5	2,2	6	6,6	17	3,2
GG04. Córnea	Mancha en ojo	42	19,7	9	3,9			51	9,6
GG04. Córnea	Opacidad corneal	8	3,8	14	6,1	3	3,3	25	4,7
GG04. Córnea	Queratitis			1	0,4	3	3,3	4	0,8
GG04. Córnea	Úlcera corneal			2	0,9			2	0,4
GG05. Cristalino	Catarata	11	5,2	7	3,1			18	3,4
GG06. Úvea	Iris	2	0,9	2	0,9			4	0,8
GG07. Agudeza visual	Corto de vista	4	1,9	4	1,8			8	1,5
GG07. Agudeza visual	Falta ojo	3	1,4	4	1,8			7	1,3
GG07. Agudeza visual	Miopía					3	3,3	3	0,6
GG07. Agudeza visual	Pérdida de ojo								
GG07. Agudeza visual	Pérdida de visión								
GG07. Agudeza visual	Sin visión	19	8,9	32	14,0	5	5,5	56	10,5
GG07. Agudeza visual	Visión deficiente	33	15,5	12	5,3	3	3,3	48	9,0
GG08. Otros	Confunde los colores	2	0,9			3	3,3	5	0,9
GG08. Otros	Estrabismo	6	2,8	33	14,5	25	27,5	64	12,0
GG08. Otros	Padece de los ojos	2	0,9	7	3,1	1	1,1	10	1,9
GG08. Otros	Resto	1	0,5	4	1,8	1	1,1	6	1,1
GG09. Traumatismos	Contusión	1	0,5					1	0,2
GG09. Traumatismos	Herida								
GG09. Traumatismos	Partícula extraña	1	0,5					1	0,2
GG10. Quemaduras	Lesión química								
GG10. Quemaduras	Quemadura								
Total de diagnósticos oculares		213	100,0	228	100,0	91	100,0	532	100,0

Fuente: HMP reconocimientos médicos. Elaboración propia.

En conclusión, la mayoría de los diagnósticos parecen concentrarse entre C1 y C2 desapareciendo en C3. ¿Cuál es el motivo? Varias son las explicaciones posibles a este cambio. En primer lugar, la posible reducción de estos problemas en la población de referencia, resultado a su vez de una mejora de sus condiciones higiénico-sanitarias. También puede haber una modificación en los filtros que no permita la entrada de estos casos que sí habrían entrado con anterioridad. La última explicación hablaría de una modificación de la matriz de recogida de los problemas oculares. La ineficacia de la labor de registro llevada a cabo en los primeros momentos llevaría a limitar el espectro de diagnósticos a un número más reducido. Posiblemente la explicación más acertada

deba combinar las tres anteriores hablando de una mejora de la salud de las poblaciones y del paso a un nuevo ciclo de menor demanda de trabajo y por tanto con mayores posibilidades de selección a la entrada. Ambas razones se fundirían con una tercera y fundamental: el cambio de interés de la medicina de empresa hacia aquellas afecciones con una mayor incidencia potencial en la gestión de los riesgos, a la luz de la experiencia acumulada en las décadas anteriores.

**Tabla 14. Evolución de las agresiones oculares entre las cohortes**

Gran grupo	Grupo	Cohorte C1		Cohorte C2		Cohorte C3		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
GG01. Párpados	Blefaritis	3	2,2					3	0,5
GG01. Párpados	Blefarconjuntivitis	6	4,4	2	0,7			8	1,3
GG01. Párpados	Blefaroptosis								
GG01. Párpados	Ectropión								
GG01. Párpados	Entropión								
GG01. Párpados	Orzuelo			1	0,3	1	0,5	2	0,3
GG01. Párpados	Triquiasis								
GG02. Sistema lagrimal	Dacriocistitis								
GG02. Sistema lagrimal	Epífora								
GG02. Sistema lagrimal	Infección lagrimal			1	0,3			1	0,2
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis	4	3,0	12	4,1	18	9,2	34	5,5
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis química	6	4,4	18	6,2	11	5,6	35	5,6
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis térmica			1	0,3	2	1,0	3	0,5
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis traumática	8	5,9	11	3,8	19	9,7	38	6,1
GG03. Conjuntiva	Queratoconjuntivitis	4	3,0	7	2,4	3	1,5	14	2,3
GG03. Conjuntiva	Tracoma								
GG04. Córnea	Leucoma								
GG04. Córnea	Mancha corneal								
GG04. Córnea	Mancha en ojo								
GG04. Córnea	Opacidad corneal	1	0,7			1	0,5	2	0,3
GG04. Córnea	Queratitis	3	2,2	15	5,2	2	1,0	20	3,2
GG04. Córnea	Úlcera corneal	2	1,5	9	3,1	10	5,1	21	3,4
GG05. Cristalino	Catarata			2	0,7			2	0,3
GG06. Úvea	Iris			1	0,3			1	0,2
GG07. Agudeza visual	Corto de vista								
GG07. Agudeza visual	Falta ojo								
GG07. Agudeza visual	Miopía								
GG07. Agudeza visual	Pérdida de ojo	1	0,7	1	0,3	1	0,5	3	0,5
GG07. Agudeza visual	Pérdida de visión	1	0,7	2	0,7	1	0,5	4	0,6
GG07. Agudeza visual	Sin visión			1	0,3			1	0,2
GG07. Agudeza visual	Visión deficiente								
GG08. Otros	Confunde los colores								
GG08. Otros	Estrabismo								
GG08. Otros	Padece de los ojos	1	0,7	2	0,7			3	0,5
GG08. Otros	Resto			1	0,3			1	0,2
GG09. Traumatismos	Contusión	10	7,4	21	7,2	10	5,1	41	6,6
GG09. Traumatismos	Herida	23	17,0	37	12,8	14	7,1	74	11,9
GG09. Traumatismos	Partícula extraña	44	32,6	120	41,4	87	44,4	251	40,4
GG10. Quemaduras	Lesión química			1	0,3			1	0,2
GG10. Quemaduras	Quemadura	18	13,3	24	8,3	16	8,2	58	9,3
Total de agresiones oculares		135	100,0	290	100,0	196	100,0	621	100,0

Fuente: HMP partes de accidente. Elaboración propia.

Con respecto a las agresiones oculares, la principal causa que figura en la Tabla 14 es partícula extraña. Por sí sola acapara el 40% de las lesiones. Unida a herida y quemadura suman el 60%. La elevada frecuencia de las partículas extrañas describe un medio en el que abundan el polvo, los pequeños proyectiles de mineral lanzados al golpear la roca con la herramienta y también las partículas metálicas en el caso de los herreros y los trabajadores metalúrgicos. Manteniendo una relación directa con este tipo de lesiones encontramos un grupo numeroso, el de las conjuntivitis, que al ser separado en diversas categorías no consigue ninguna, por sí sola, alcanzar un volumen relevante. Sin embargo, el conjunto de todas ellas suma casi un 18% (el 20% si incluimos la queratoconjuntivitis). Conjuntivitis causadas por el polvo reinante o bien traumáticas. Infecciones favorecidas por la atención *in situ* –en penosas condiciones higiénicas– de las partículas extrañas. La puerta abierta a las infecciones que suponen las agresiones al ojo, los pequeños cortes por partículas. La mala lubricación de la conjuntiva por el polvo... Todo ello hace de esta agregación la segunda causa de AO.

Entrando a ver las diferencias entre cohortes, vemos que los diez puntos que pierde herida son tantos como los que gana partícula extraña. Quizás haya cierto trasvase de denominaciones. Quemadura pierde cinco puntos al pasar de C1 a C2. Úlcera corneal aumenta en presencia a medida que avanzan las cohortes, mientras que queratitis tiene una presencia media (5,2%) en C2 que no se acompaña con números similares en C1 ni en C3. En general, la distribución entre cohortes de las lesiones no muestra grandes diferencias entre una y otra salvo variaciones menores. Así, la tendencia apreciada en los diagnósticos no tiene lugar entre las agresiones. Si en la primera se concentraban la mayoría de los diagnósticos en las primeras cohortes, en la segunda la estructura de las lesiones se repite de una a otra cohorte, los riesgos se mantendrían relativamente constantes.

Estos diagnósticos que se registran únicamente en las cohortes C1 y C2, ¿acompañan a los historiales a lo largo de su trayectoria o bien son identificados en un primer momento y no vuelven a señalarse? En el primer caso, hablarían de características estables propias de los obreros de esas cohortes, que los harían diferentes de los obreros de C3. En el segundo caso, si solo son señaladas a la entrada, tendríamos una serie de diagnósticos que dejarían de tener interés para el SM. La Tabla 15 muestra la evolución a lo largo del periodo de observación de los DO. Para ello cuento una vez cada historial, afectado por el diagnóstico en cuestión, en cada quinquenio, evitando así favorecer a aquellos que figuran repetidamente en los historiales frente a los que son mencionados una única vez. Si un mismo historial cuenta con más de una mención al mismo diagnóstico en un quinquenio, contará una sola vez por todas ellas. Si un mismo historial cuenta con tres menciones diferentes en un mismo quinquenio, figurará tres veces en el cómputo final, una por cada diagnóstico diferente. Si un mismo historial cuenta con diversas apariciones del mismo diagnóstico en tres quinquenios diferentes, figurará una vez en cada quinquenio. Se llega así al número de **historiales afectados por diagnósticos**, un cómputo que pretende aproximarse de forma rudimentaria a la idea de prevalencia.

El primer total de las columnas de cada quinquenio suma el número de historiales contabilizados a lo largo de la columna, es decir, el número de ellos *afectados* por diagnósticos –pudiendo figurar cada uno más de una vez. A su lado, se encuentra la proporción sobre el número de historiales *abiertos* en el quinquenio,

contando una sola vez cada uno por quinquenio. Por debajo de esta cifra se encuentra el número de historiales abiertos a lo largo del quinquenio –contando una sola vez cada uno en ese quinquenio. La columna total recoge la suma de historiales afectados en cada quinquenio –413, inferior a los 532 diagnósticos registrados– y, debajo de él, la suma de los abiertos en cada quinquenio (5.620). En ambos casos, el número *real* de historiales que hay detrás de las cifras es más reducido.

En esta ocasión consideré importante intentar aislar los casos de falsas entradas, aquellos historiales con uno o más reconocimientos cuyos titulares fueron rechazados sin llegar nunca a entrar. Si, por ejemplo, en la puerta de entrada se presentan numerosos casos con falta de vista en un ojo, siendo rechazados a continuación, podemos llevarnos la falsa impresión de que en el interior abundan ese tipo de casos. Buscando reducir la cifra, opté por eliminar todos aquellos historiales que no disfrutaban de al menos un año en observación, aquellos que no sumaban más de 365 días. Haciendo esto quedaron excluidos un total de 39 casos (9,5% sobre 413). Los casos excluidos se concentran especialmente en aquellos diagnósticos que pueden justificar la negación de la entrada al trabajo: 7 casos de estrabismo, 10 de visión deficiente o sin visión, 3 de catarata y 3 de blefaritis. Los 16 restantes son casos sueltos que perfectamente pueden acompañar a cualquier otro motivo de exclusión.

El quinquenio con un mayor número de historiales afectados sería 1906-10 (17,4%) seguido de 1911-15 (14,6%). En general, los cuatro primeros quinquenios se sitúan en un 10% o más. A partir de 1921-25, con la entrada de C3, pasamos a un nivel ligeramente por encima del 5% que se reduce una vez más a la mitad a partir de 1936-40. Se trata por tanto de diagnósticos centrados en las dos primeras décadas del siglo XX que vuelven a mostrar los mismos puntos de inflexión que el conjunto de los reconocimientos:

1. Con una presencia limitada a los cuatro primeros quinquenios encontramos varios diagnósticos. Orzuelo y triquiasis desaparecen en 1921-25 después de haber tenido una presencia relativamente importante. En situación similar se encuentran mancha en ojo, epífora e infección lagrimal, los tres con un último caso en 1921-25. Conjuntivitis ve reducida su presencia a partir de 1916-20. Corto de vista tiene sus pocos casos hasta 1911-15 y visión deficiente pierde mucha presencia ya en 1916-20 aunque continúa apareciendo hasta el final del periodo de observación. Todos ellos parecen formar parte de un grupo de diagnósticos que, tras ser registrados a la entrada de las primeras cohortes, no han sido objeto de un seguimiento masivo posterior ni han sido registrados en la última cohorte entrada a partir de 1920.
2. En una situación diferente se encuentran otros diagnósticos que figuran principalmente en los quinquenios centrales del periodo de observación. Aquí incluimos blefaroconjuntivitis, tracoma (con presencia limitada a los quinquenios situados entre 1911-15 y 1931-35), opacidad corneal (con máximo en 1916-20) y estrabismo (con máximo igualmente en 1916-20). En esta ocasión hablamos de diagnósticos que no parecen identificarse a la entrada pero cuyo registro sí se continúa realizando a lo largo de los quinquenios. Quizás por ser de aparición tardía en la biografía de los obreros como sería el caso de la opacidad corneal. Quizás por cobrar interés a partir de cierto



momento, caso del estrabismo. Quizás por responder a su prevalencia en la población, caso del tracoma.

**Tabla 15. Historiales afectados por los diagnósticos oculares. Por quinquenios**

Gran grupo	Grupo	1901-05		1906-10		1911-15		1916-20		1921-25		1926-30		1931-35		1936-40		1941-45		1946-50		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GG01. Párpados	Blefaritis	1	0,8	5	1,5	6	0,9	10	1,3	7	0,8	8	1,0	4	0,5	1	0,2					42	10,2
GG01. Párpados	Blefarokonjuntivitis			1	0,3	1	0,2			3	0,4	3	0,4									8	1,9
GG01. Párpados	Blefaroptosis					1	0,2	1	0,1	2	0,2	1	0,1									5	1,2
GG01. Párpados	Ectropión					1	0,2	1	0,1	1	0,1	2	0,2	1	0,1			1	0,2			7	1,7
GG01. Párpados	Entropión					2	0,3															2	0,5
GG01. Párpados	Orzuelo	1	0,8	7	2,1	7	1,1	5	0,7													20	4,8
GG01. Párpados	Triquiasis					3	0,5	3	0,4													6	1,5
GG02. Sistema lagrimal	Dacriocistitis			3	0,9	1	0,2			1	0,1	2	0,2	4	0,5			1	0,2			12	2,9
GG02. Sistema lagrimal	Epifora							2	0,3	1	0,1											3	0,7
GG02. Sistema lagrimal	Infección lagrimal			1	0,3	7	1,1	6	0,8	1	0,1											15	3,6
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis	2	1,5	5	1,5	7	1,1	6	0,8			3	0,4			2	0,3	1	0,2			26	6,3
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis química			1	0,3	1	0,2	1	0,1													3	0,7
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis térmica																						
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis traumática																						
GG03. Conjuntiva	Queratoconjuntivitis													1	0,1							1	0,2
GG03. Conjuntiva	Tracoma					1	0,2	2	0,3	2	0,2	1	0,1	3	0,4							9	2,2
GG04. Córnea	Leucoma									3	0,4			3	0,4	1	0,2					7	1,7
GG04. Córnea	Mancha corneal			1	0,3	2	0,3	2	0,3	3	0,4	2	0,2	1	0,1	1	0,2			1	0,4	13	3,1
GG04. Córnea	Mancha en ojo	6	4,6	12	3,6	13	2,1	7	0,9	1	0,1											39	9,4
GG04. Córnea	Opacidad corneal	1	0,8	1	0,3	3	0,5	6	0,8	2	0,2	3	0,4	3	0,4	1	0,2					20	4,8
GG04. Córnea	Queratitis											1	0,1	2	0,3							3	0,7
GG04. Córnea	Úlcera corneal									1	0,1							1	0,2			2	0,5
GG05. Cristalino	Catarata			1	0,3	3	0,5	1	0,1	1	0,1			2	0,3			3	0,7			11	2,7
GG06. Úvea	Iris			1	0,3			2	0,3													3	0,7
GG07. Agudeza visual	Corto de vista			3	0,9	4	0,6															7	1,7
GG07. Agudeza visual	Falta ojo									1	0,1	3	0,4							1	0,4	5	1,2
GG07. Agudeza visual	Miopia									1	0,1	1	0,1	1	0,1							3	0,7
GG07. Agudeza visual	Pérdida de ojo																						
GG07. Agudeza visual	Pérdida de visión																						
GG07. Agudeza visual	Sin visión	1	0,8	2	0,6	3	0,5	8	1,0	7	0,8	5	0,6	5	0,6	3	0,5	1	0,2	2	0,8	37	9,0
GG07. Agudeza visual	Visión deficiente	1	0,8	11	3,3	12	1,9	3	0,4	2	0,2			3	0,4	1	0,2	2	0,5	1	0,4	36	8,7
GG08. Otros	Confunde los colores							1	0,1			1	0,1					1	0,2			3	0,7
GG08. Otros	Estrabismo			1	0,3	8	1,3	12	1,6	8	0,9	10	1,2	7	0,9	2	0,3					48	11,6
GG08. Otros	Padece de los ojos			1	0,3	3	0,5	5	0,7					1	0,1							10	2,4
GG08. Otros	Resto					2	0,3	2	0,3							1	0,2					5	1,2
GG09. Traumatismos	Contusión					1	0,2															1	0,2
GG09. Traumatismos	Herida																						
GG09. Traumatismos	Partícula extraña			1	0,3																	1	0,2
GG10. Quemaduras	Lesión química																						
GG10. Quemaduras	Quemadura																						
Total de historiales afectados en los quinquenios		13	9,9	58	17,4	92	14,6	86	11,2	48	5,6	46	5,5	41	5,3	13	2,1	11	2,6	5	1,9	413	100,0
Número de historiales abiertos en el quinquenio		131	100,0	334	100,0	632	100,0	766	100,0	852	100,0	837	100,0	773	100,0	612	100,0	420	100,0	263	100,0	5.620	

Fuente: HMP reconocimientos médicos. Elaboración propia.

3. Con presencia más o menos sostenida a lo largo de todos o la mayor parte de los quinquenios encontramos blefaritis, sin visión y visión deficiente –con mayoritaria presencia hasta 1920, encontramos casos en el último quinquenio. Quizás también, aunque con menor claridad, conjuntivitis, mancha corneal y opacidad corneal. Aquí tendríamos el grupo de diagnósticos que sí habrían suscitado interés de cara a la gestión de los riesgos, superando así el filtro de 1920 que dejó atrás a otros muchos.

Tabla 16. Agresiones oculares por quinquenio

Gran grupo	Grupo	1901-05		1906-10		1911-15		1916-20		1921-25		1926-30		1931-35		1936-40		1941-45		1946-50		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GG01. Párpados	Blefaritis	2	1,2			2	0,2	1	0,1					1	0,0							3	0,0
GG01. Párpados	Blefarococonjuntivitis					3	0,3	2														8	0,1
GG01. Párpados	Blefaroptosis																						
GG01. Párpados	Ectropión																						
GG01. Párpados	Entropión																						
GG01. Párpados	Orzuelo							1	0,1					1	0,0							2	0,0
GG01. Párpados	Triquiasis																						
GG02. Sistema lagrimal	Dacriocistitis																						
GG02. Sistema lagrimal	Epifora																						
GG02. Sistema lagrimal	Infección lagrimal							1	0,1														
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis											15	1,0	8	0,3	2	0,2	7	0,8	2	0,4	34	0,3
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis química											4	0,3	9	0,3	8	1,0	9	1,0	5	0,9	36	0,4
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis térmica															2	0,2	1	0,1			3	0,0
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis traumática	1	0,4	3	0,3			2	0,2	1	0,1	2	0,1	13	0,5	3	0,4	6	0,7	7	1,2	38	0,4
GG03. Conjuntiva	Queratoconjuntivitis							2	0,2	2	0,3	4	0,3	4	0,1	1	0,1			1	0,2	14	0,1
GG03. Conjuntiva	Tracoma																						
GG04. Córnea	Leucoma																						
GG04. Córnea	Mancha corneal																						
GG04. Córnea	Mancha en ojo																						
GG04. Córnea	Opacidad corneal							1	0,1					1	0,0							2	0,0
GG04. Córnea	Queratitis	1	0,6			1	0,1	1	0,1	1	0,1	10	0,6	6	0,2							20	0,2
GG04. Córnea	Úlcera corneal			1	0,4	1	0,1	1	0,1			1	0,1	6	0,2	3	0,4	4	0,4	5	0,9	21	0,2
GG05. Cristalino	Catarata											1	0,1	1	0,0							2	0,0
GG06. Úvea	Iris													1	0,0							1	0,0
GG07. Agudeza visual	Corto de vista																						
GG07. Agudeza visual	Falta de ojo																						
GG07. Agudeza visual	Miopia																						
GG07. Agudeza visual	Pérdida de ojo							1	0,1					1	0,0					1	0,2	3	0,0
GG07. Agudeza visual	Pérdida de visión			1	0,1	1	0,1	2	0,2									1	0,1			4	0,0
GG07. Agudeza visual	Sin visión							1	0,1													1	0,0
GG07. Agudeza visual	Visión deficiente																						
GG08. Otros	Confunde los colores																						
GG08. Otros	Estrabismo																						
GG08. Otros	Padec de los ojos					1	0,1							1	0,0	1	0,1					3	0,0
GG08. Otros	Resto															1	0,1					1	0,0
GG09. Traumatismos	Contusión			2	0,9	6	0,6	6	0,5	2	0,3	8	0,5	9	0,3	1	0,1	4	0,4	3	0,5	41	0,4
GG09. Traumatismos	Herida			1	0,4	10	0,9	19	1,6	9	1,2	8	0,5	14	0,5	5	0,6	4	0,4	4	0,7	74	0,7
GG09. Traumatismos	Partícula extraña			3	1,3	21	2,0	45	3,7	35	4,8	26	1,7	57	2,1	27	3,2	21	2,3	14	2,5	251	2,5
GG10. Quemaduras	Lesión química																						
GG10. Quemaduras	Quemadura	1	0,6	1	0,4	8	0,8	13	1,1	4	0,6	11	0,7	12	0,4	2	0,2	2	0,2	4	0,7	58	0,6
Total de agresiones oculares en el quinquenio		6	3,5	9	3,8	57	5,4	99	8,1	54	7,4	89	5,8	145	5,3	56	6,7	60	6,7	46	8,1	621	6,2
Número de partes en el quinquenio (% Meses doc.)		173	(97,9)	234	(25,0)	1.060	(83,3)	1.220	(41,7)	727	(25,0)	1.545	(61,7)	2.718	(100,0)	833	(100,0)	898	(100,0)	566	(86,7)	9.974	6,2

Fuente: HMP partes de accidente. Elaboración propia.

Para el cálculo de las lesiones por quinquenio he distribuido el número de ellas entre el conjunto de los quinquenios. Como aquí no se considera la diferencia entre la primera y posteriores agresiones, la suma de las lesiones contadas en la tabla coincide con el total de las que he encontrado en el conjunto de las cohortes. Las proporciones se refieren al número de partes disponibles en cada quinquenio. Entre paréntesis figura, en la última línea, la proporción de meses documentados sobre el conjunto de los meses del quinquenio.

La distribución de las lesiones a lo largo del periodo de observación se ve muy afectada por los vacíos en la documentación tal y como puede apreciarse en la Tabla 16. Aunque este problema se reduce al referir el número de lesiones al número de partes de cada quinquenio. Los escasos rubros tienden a mantener una presencia bien distribuida como es el caso de los mayoritarios partícula extraña y quemadura. También conjuntivitis traumática, contusión y herida. Tienden a concentrarse en la segunda mitad del periodo de observación conjuntivitis y conjuntivitis química, queratitis y úlcera corneal. Queratoconjuntivitis abunda en los cuatro quinquenios centrales. En uno de los dos quinquenios con mayor proporción de lesiones sobre partes, 1916-20, coinciden un caso de pérdida de ojo –de un total de tres– y dos de pérdida de visión –de un total de cuatro. El caso de conjuntivitis y conjuntivitis química parece responder a un criterio administrativo de inclusión de estas a partir de 1926-30, si atendemos a su brusca irrupción. Ambas aparecen entre los reconocimientos hasta 1916-20, debilitándose su presencia en caso de la primera o desapareciendo directamente en el caso de la segunda. En el caso de la queratitis y la úlcera corneal podría deberse a un proceso paulatino de desgaste en los obreros, dado que ambas aparecen al comienzo del periodo pero no es hasta el sexto o séptimo quinquenio cuando comienzan a tener importancia numérica.

## 2. Las menciones oculares en el interior de las trayectorias laborales

A lo largo de este epígrafe estudio la distribución de las menciones oculares en el interior de las trayectorias laborales.

Comienzo mostrando en la Tabla 17 las frecuencias de los diagnósticos en función de los años en observación cumplidos por el historial, diferenciando entre cohortes. Para los años cumplidos distingo tres etapas: una primera, que comprende hasta el quinto año en observación; una segunda, que comprende desde el sexto hasta el vigésimo año; y una tercera, desde el vigésimo primero hasta que concluye el periodo de observación. Se ha de tener presente que este se acorta al pasar de C1 a C2 y de este a C3. En líneas generales, los grandes grupos párpados, sistema lagrimal y conjuntiva se concentran en las dos primeras etapas de las trayectorias, a diferencia de córnea y agudeza visual.

**Tabla 17. Número de diagnósticos oculares por años de observación cumplidos.**

Gran Grupo	Grupo	De 0 a 4				De 5 a 19				De 20 ó más				Total	
		C1	C2	C3	T	C1	C2	C3	T	C1	C2	C3	T	N	%
GG01. Párpados	Blefaritis	13	12	7	32	6	8	4	18	5			5	55	10,3
GG01. Párpados	Blefarconjuntivitis	1	1	4	6	3		1	4					10	1,9
GG01. Párpados	Blefaroptosis		1	4	5		2		2					7	1,3
GG01. Párpados	Ectropión		2	2	4	1	1	2	4					8	1,5
GG01. Párpados	Entropión		2		2									2	0,4
GG01. Párpados	Orzuelo	10	10		20	1			1					21	3,9
GG01. Párpados	Triquiasis		8		8	1	4		5					13	2,4
GG02. Sistema lagrimal	Dacriocistitis	3		5	8	2	1	1	4	1	1		2	14	2,6
GG02. Sistema lagrimal	Epífora		2		2	1	1		2					4	0,8
GG02. Sistema lagrimal	Infección lagrimal	2	12		14	4			4					18	3,4
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis	8	10		18	3	2	2	7		2		2	27	5,1
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis química	1	2		3									3	0,6
GG03. Conjuntiva	Queratoconjuntivitis			2	2									2	0,4
GG03. Conjuntiva	Tracoma		2	1	3	4	3		7	1			1	11	2,1
GG04. Córnea	Leucoma			3	3		1		1	1	2		3	7	1,3
GG04. Córnea	Mancha corneal	3	3	4	10	2	1	2	5	1	1		2	17	3,2
GG04. Córnea	Mancha en ojo	28	9		37	14			14					51	9,6
GG04. Córnea	Opacidad corneal	2	7	2	11	5	3	1	9	1	4		5	25	4,7
GG04. Córnea	Queratitis			1	1		1	2	3					4	0,8
GG04. Córnea	Úlcera corneal						1		1		1		1	2	0,4
GG05. Cristalino	Catarata	5	4		9	4	1		5	2	2		4	18	3,4
GG06. Úvea	Iris	2	2		4									4	0,8
GG07. Agudeza visual	Corto de vista	4	4		8									8	1,5
GG07. Agudeza visual	Falta ojo	1			1		4		4	2			2	7	1,3
GG07. Agudeza visual	Miopía			1	1			2	2					3	0,6
GG07. Agudeza visual	Sin visión	5	7	1	13	10	18	4	32	4	7		11	56	10,5
GG07. Agudeza visual	Visión deficiente	25	9		34	5	2	2	9	3	1	1	5	48	9,0
GG08. Otros	Confunde los colores	1		2	3	1		1	2					5	0,9
GG08. Otros	Estrabismo	2	25	10	37	2	8	15	25	2			2	64	12,0
GG08. Otros	Padece de los ojos	1	7	1	9	1			1					10	1,9
GG08. Otros	Resto		3	1	4	1			1		1		1	6	1,1
GG09. Traumatismos	Contusión	1			1									1	0,2
GG09. Traumatismos	Partícula extraña	1			1									1	0,2
TOTAL		119	144	51	314	71	62	39	172	23	22	1	46	532	100,0

Fuente: HMP reconocimientos médicos. Elaboración propia.

La agrupación de las menciones por años de observación permite anular el efecto que pudiese tener el envejecimiento cuando comparamos sucesos ocurridos en historiales que acaban de iniciar su trayectoria con sucesos ocurridos en historiales con diez o más años en observación. A su vez, la comparación de cohortes con periodos semejantes en observación permite identificar qué diagnósticos, consignados a la

entrada de C1, se reducen en C2 y desaparecen en C3. Con estas características tenemos principalmente a orzuelo, mancha en ojo y visión deficiente. De ellos, orzuelo aparece con profusión en la etapa inicial de las trayectorias de C1 y C2 y desaparece después a excepción de un único caso. Se trata de infecciones en el borde de los párpados que se señalan indicando en numerosas ocasiones no solo una infección puntual sino incluso un estado orgánico “orzueloso” o una *propensión*, lo que invitaría a descartar el carácter accidental de posteriores problemas oculares. ¿Desaparecen estas infecciones a partir de una fecha o únicamente su registro? Probablemente ya no se recojan por carecer de importancia. Mancha en ojo aparece en numerosos reconocimientos de la etapa inicial de C1 y bastante menos en C2. Sin embargo, a diferencia de orzuelo, sí aparece de nuevo en la segunda etapa de C1. El hecho de que continúe su registro en C1 mientras que, al mismo tiempo, apenas figura en C2 y no lo hace en absoluto en C3 invita a pensar en una dolencia que reduce su presencia en los obreros de las nuevas cohortes. Sí puede existir cierto solapamiento entre mancha en ojo y mancha corneal, lo que haría de ambas un conjunto de DO que continúa siendo registrado, aunque en pequeño número, hasta el final de las trayectorias. Visión deficiente, por su parte, es suficientemente genérica y relevante como para mantener su registro a lo largo de la trayectoria de los historiales. Sí se indica en un número importante en la etapa primera de C1 y algo menos en la de C2 pero sigue estando presente, aunque en menor medida, a lo largo de las trayectorias.

Con una presencia relativamente constante en las diferentes etapas y casi en las distintas cohortes tenemos cuatro diagnósticos: blefaritis y conjuntivitis, dacriocistitis y tracoma. De los dos primeros, blefaritis es más constante. Ambos indican afecciones que en cualquier momento pueden ser presentadas como accidente pretendiendo una indemnización reservada a los sucesos fortuitos, lo que justificaría su detección y registro. Triquiasis e infección lagrimal y quizás también epífora y hasta blefaroptosis, son diagnósticos que aparecen durante un período de años y luego desaparecen. Durante ese tiempo vemos que afectan a C2 a la entrada y a C1 en su segundo periodo. O bien no se registran estas infecciones con anterioridad y pasado un tiempo vuelven a caer en el olvido o bien estamos frente a un brote de infecciones lagrimales que dura dos décadas. En similares circunstancias encontramos al tracoma cuya presencia se retrasa algo más en el calendario pero que está presente entre 1911-15 y 1931-35 para luego desaparecer. Los diagnósticos leucoma, úlcera corneal, falta ojo y sin visión están presentes mayoritariamente en las etapas centrales y finales de los historiales como correspondería a problemas degenerativos provocados tras múltiples agresiones o simplemente tras la exposición prolongada a un ambiente hostil. La dacriocistitis, aunque también se detecta a la entrada, está presente en las últimas etapas indicando así la acción degenerativa sobre el sistema lagrimal que produce el ambiente pulvígeno de la mina. Opacidad corneal y catarata se detectan a la entrada y están presentes en todas las etapas, especialmente en la fase final de las trayectorias. En este caso, ambos diagnósticos pueden estar señalando, en un primer grupo de historiales, sus deficiencias a la entrada y, en una fase avanzada de la trayectoria, sobre otros historiales diferentes, el efecto degenerativo del ambiente de trabajo. Esto podrá verificarse en el análisis cualitativo de las trayectorias.

En el caso de las lesiones, la Tabla 18 pone de manifiesto, en primer lugar, la tendencia hacia la concentración en la primera etapa de las trayectorias, pero también

en la última. Un caso claro es el representado por orzuelo, con cinco de sus ocho casos limitados al periodo de entrada de C1. También ocurre con los pocos casos de pérdida de ojo o de pérdida de visión, con cuatro de sus siete casos concentrados en el periodo de entrada de C1 y C2. Una tendencia semejante se aprecia en contusión y herida, mayoritarios en el periodo de entrada aunque presentes por su mayor número a lo largo de todo el periodo de observación de las tres cohortes.

**Tabla 18. Agresiones oculares por años de observación cumplidos.**

Gran Grupo	Grupo	De 0 a 4				De 5 a 19				De 20 ó más				Total	
		C1	C2	C3	T	C1	C2	C3	T	C1	C2	C3	T	N	%
GG01. Párpados	Blefarconjuntivitis	1	1		2	2			2				1	5	0,8
GG01. Párpados	Orzuelo	5	1		6	1		1	2					8	1,3
GG02. Sistema lagrimal	Infección lagrimal		1		1									1	0,2
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis			5	5	1	6	11	18	3	6	2	11	34	5,5
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis química			1	1		9	8	17	6	9	2	17	35	5,6
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis térmica							2	2		1		1	3	0,5
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis traumática	2	2	1	5	3	6	10	19	3	3	8	14	38	6,1
GG03. Conjuntiva	Queratoconjuntivitis		2	1	3	2	4	2	8	2	1		3	14	2,3
GG04. Córnea	Opacidad corneal					1		1	2					2	0,3
GG04. Córnea	Queratitis	1	2	1	4		10	1	11	2	3		5	20	3,2
GG04. Córnea	Úlcera corneal	1	2		3		2	7	9	1	5	3	9	21	3,4
GG05. Cristalino	Catarata						2		2					2	0,3
GG06. Úvea	Iris						1		1					1	0,2
GG07. Agudeza visual	Pérdida de ojo		1		1			1	1	1			1	3	0,5
GG07. Agudeza visual	Pérdida de visión	1	2		3			1	1					4	0,6
GG07. Agudeza visual	Sin visión		1		1									1	0,2
GG08. Otros	Padece de los ojos	1			1								2	3	0,5
GG08. Otros	Resto										1		1	1	0,2
GG09. Traumatismos	Contusión	4	8	2	14	3	10	8	21	3	3		6	41	6,6
GG09. Traumatismos	Herida	4	14	4	22	15	17	8	40	4	6	2	12	74	11,9
GG09. Traumatismos	Partícula extraña	10	50	13	73	24	43	67	134	10	27	7	44	251	40,4
GG10. Quemaduras	Lesión química										1		1	1	0,2
GG10. Quemaduras	Quemadura	5	8	6	19	9	12	6	27	4	4	4	12	58	9,3
TOTAL		35	95	34	164	61	122	134	317	39	73	28	140	621	100,0

Fuente: HMP partes de accidente. Elaboración propia.

Ocurre lo contrario con los diversos tipos de conjuntivitis, mayoritarias en el periodo de salida de las tres cohortes. En los casos de partícula extraña y quemadura, las mayores diferencias se encuentran en el interior de cada etapa, entre las distintas cohortes. La explicación de cada caso es diferente. Por una parte, los casos de orzuelo registrados en partes se concentran al comienzo del periodo de observación, al igual que ocurre con los diagnósticos de orzuelo recogidos en los reconocimientos. Con el tiempo desaparecen en ambos casos de la documentación como si aquello que fue tan observado en un principio hubiese perdido valor con el tiempo. ¿Mejora de las condiciones en las que llega la mano de obra? Más bien pérdida del foco de atención. Quizás deja de anotarse como diagnóstico al no aparecer ya como accidente.

Los casos de pérdida de ojo y de vista, aunque escasos en número, poseen una gran transcendencia. Parecen concentrarse en los años de mayor inexperiencia, produciéndose los accidentes más graves entre los recién llegados. En el caso de las conjuntivitis, hay que ponerlas en relación con los diagnósticos de conjuntivitis. Estos últimos desaparecen a partir de 1920 y aparecen en los partes a partir de 1926 dando pie a pensar en una sustitución: lo que en un principio se atajaba desde los reconocimientos pasa después a ser desechado en el propio parte. Tampoco puede descartarse aquí cierta concentración en la fase avanzada de las trayectorias, sin que tenga una explicación al respecto. Con partícula extraña y quemadura parece darse un fenómeno de complementariedad de tal manera que la cohorte que en cada etapa presenta valores más elevados en la primera es la misma que presenta valores más reducidos en la segunda. En otras palabras, valores elevados de partícula extraña coinciden en la misma cohorte y la misma etapa con valores reducidos de quemadura y

viceversa. La explicación puede estar en una mayor concentración de determinadas cohortes en un servicio y, por consiguiente, en unos riesgos concretos. La estructura diferencial de riesgos entre los servicios puede ser, a falta de ulterior verificación, la explicación más probable a este comportamiento.

A continuación, con idea de avanzar hacia la agrupación de los historiales en trayectorias semejantes, muestro, en la Tabla 19, un conjunto de estadísticos calculados sobre el momento de aparición del primer diagnóstico. Para calcular el número de años transcurridos hasta un diagnóstico he tenido que afrontar varios problemas. El primero y más claro es el número de ocasiones en las que se repite un mismo diagnóstico en un mismo historial. Como ya he podido mostrar, esta repetición varía enormemente de un DO a otro. Algunos que son seguidos con exhaustividad se encuentran junto a otros de los que tenemos constancia por un suceso puntual. También incide en la falta de exhaustividad de los DO el hecho de que exista un procedimiento, imperfecto aunque utilizado, que permite enlazar los diferentes reconocimientos de un mismo obrero. Las referencias a otros reconocimientos harían innecesaria la repetición de una misma dolencia en diferentes registros. Estos problemas se han abordado considerando únicamente la primera aparición del diagnóstico en el historial.

Para el conjunto de las cohortes (345 historiales), tenemos una media de 4,3 años transcurridos en observación hasta la primera aparición de un diagnóstico. La mediana, por su parte, se sitúa en 0 años y el tercer cuartil dentro de los 6 primeros años. En resumen, hay un gran número de casos, al menos el 50%, concentrado en los meses de observación previos al primer aniversario. Nos encontramos ante una serie de diagnósticos que, principalmente, recogen los problemas oculares a la entrada al trabajo en lugar de una posible degradación del órgano de la vista. En la tabla se destacan en negrita los que disponen de un mínimo de diez casos para el cálculo de la mediana. La última columna recoge el número total de reconocimientos en los que figura el diagnóstico, contando primeras y posteriores apariciones de cada uno.

En la tabla utilizo diferentes elementos para agrupar los diagnósticos. Distingo un primer bloque formado por todos aquellos con una mediana igual a cero años. Son 14 casos. De ellos, un total de ocho poseen un tercer cuartil igual o inferior a un año. Estos últimos formarían al núcleo central de los detectados a la entrada (**AHPD1**). Todavía dentro de este primer bloque tenemos otros seis diagnósticos con mediana igual a cero y tercer cuartil superior a un año que formarían el segundo grupo (**AHPD2**). Si procedemos desde la parte inferior de la tabla, tenemos cuatro con una media superior a 10,0 años (**AHPD5**): leucoma, úlcera corneal, catarata y falta ojo. Ampliando el foco a una mediana superior a 5,0 tenemos siete diagnósticos (tres de **AHPD4** y cuatro de **AHPD5**): tracoma, leucoma, queratitis, úlcera corneal, falta ojo, sin visión y confunde los colores. Se trata de un grupo muy homogéneo, el formado por los cuatro primeros, vinculado al tracoma y la degeneración de la córnea. El grupo restante lo identifiqué como **AHPD3**. Está formado por numerosos DO (11) que acumulan en total un número relativamente reducido de casos (62). Tan solo dos de ellos superan la decena: infección lagrimal y opacidad corneal.

Tabla 19. Años en observación Hasta Primer Diagnóstico (Grupos AHPD).

Grupo AHPD	Grupo	Med.	P50	P75	Máx.	N	%	N T
<b>AHPD0</b>	<b>Estrabismo</b>	<b>2,7</b>	<b>0,0</b>	<b>1,0</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>8,4</b>	<b>64</b>
Subtotal AHPD0						29	8,4	64
AHPD1	Entropión	0,0	0,0	0,0	0	2	0,6	2
AHPD1	Miopía	0,0	0,0	0,0	0	1	0,3	3
AHPD1	Corto de vista	0,1	0,0	0,0	1	7	2,0	8
<b>AHPD1</b>	<b>Orzuelo</b>	<b>0,4</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>5,8</b>	<b>21</b>
<b>AHPD1</b>	<b>Mancha en ojo</b>	<b>1,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,5</b>	<b>6</b>	<b>28</b>	<b>8,1</b>	<b>51</b>
AHPD1	Conjuntivitis química	0,3	0,0	1,0	1	3	0,9	3
AHPD1	Resto	2,0	0,0	1,0	9	5	1,4	6
AHPD1	Blefarconjuntivitis	2,8	0,0	1,0	13	5	1,4	10
Subtotal AHPD1						71	20,6	104
<b>AHPD2</b>	<b>Padece de los ojos</b>	<b>1,7</b>	<b>0,0</b>	<b>2,0</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>2,9</b>	<b>10</b>
<b>AHPD2</b>	<b>Visión deficiente</b>	<b>3,4</b>	<b>0,0</b>	<b>4,0</b>	<b>22</b>	<b>33</b>	<b>9,6</b>	<b>48</b>
<b>AHPD2</b>	<b>Blefaritis</b>	<b>3,3</b>	<b>0,0</b>	<b>5,0</b>	<b>19</b>	<b>35</b>	<b>10,1</b>	<b>55</b>
<b>AHPD2</b>	<b>Conjuntivitis</b>	<b>4,9</b>	<b>0,0</b>	<b>10,0</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>7,8</b>	<b>27</b>
<b>AHPD2</b>	<b>Mancha corneal</b>	<b>7,6</b>	<b>0,0</b>	<b>11,5</b>	<b>32</b>	<b>12</b>	<b>3,5</b>	<b>17</b>
Subtotal AHPD2						117	33,9	157
AHPD3	Triquiasis	3,3	0,5	8,0	11	6	1,7	13
AHPD3	Blefaroptosis	4,0	0,5	8,0	15	4	1,2	7
AHPD3	Queratoconjuntivitis	1,0	1,0	2,0	2	2	0,6	2
AHPD3	Iris	1,3	1,0	2,5	3	4	1,2	4
<b>AHPD3</b>	<b>Infección lagrimal</b>	<b>2,5</b>	<b>1,0</b>	<b>3,0</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>3,8</b>	<b>18</b>
AHPD3	Epífora	4,0	1,0	11,0	11	3	0,9	4
AHPD3	Contusión	2,0	2,0	2,0	2	1	0,3	1
AHPD3	Dacriocistitis	7,6	3,0	17,0	26	9	2,6	14
AHPD3	Partícula extraña	4,0	4,0	4,0	4	1	0,3	1
<b>AHPD3</b>	<b>Opacidad corneal</b>	<b>5,6</b>	<b>4,0</b>	<b>11,0</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>4,3</b>	<b>25</b>
AHPD3	Ectropión	6,5	4,5	13,0	17	4	1,2	8
Subtotal AHPD3						62	18,0	97
<b>AHPD4</b>	<b>Sin visión</b>	<b>7,7</b>	<b>5,5</b>	<b>11,5</b>	<b>41</b>	<b>28</b>	<b>8,1</b>	<b>56</b>
AHPD4	Confunde los colores	8,0	6,5	15,0	19	4	1,2	5
AHPD4	Tracoma	8,3	9,5	13,0	18	8	2,3	11
AHPD4	Queratitis	9,5	9,5	17,0	17	2	0,6	4
Subtotal AHPD4						42	12,2	76
<b>AHPD5</b>	<b>Catarata</b>	<b>11,5</b>	<b>1,0</b>	<b>26,5</b>	<b>34</b>	<b>12</b>	<b>3,5</b>	<b>18</b>
AHPD5	Leucoma	10,2	6,0	20,0	29	6	1,7	7
AHPD5	Falta ojo	12,3	14,5	18,0	20	4	1,2	7
AHPD5	Úlcera corneal	17,0	17,0	26,0	26	2	0,6	2
Subtotal AHPD5						24	7,0	34
<b>TOTAL</b>		<b>4,3</b>	<b>0,0</b>	<b>6,0</b>	<b>41</b>	<b>345</b>	<b>100,0</b>	<b>532</b>

N = Número de reconocimientos de primer diagnóstico.

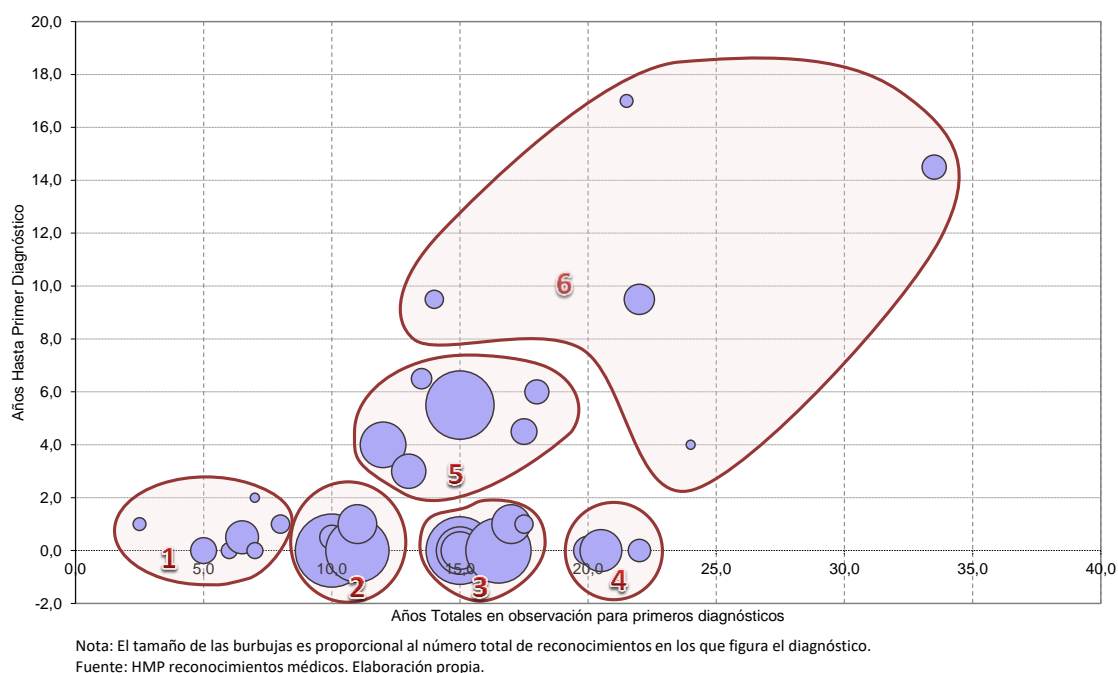
NT = Número total de reconocimientos del diagnóstico.

Fuente: HMP reconocimientos médicos. Elaboración propia.



Con la información que aquí estamos manejando, ni media ni mediana resultan suficientemente representativas como para visualizar la realidad de algunos diagnósticos de carácter degenerativo: cataratas, leucoma y mancha corneal son detectados al principio y al final de las trayectorias. Esta situación no puede ser reflejada adecuadamente con un estadístico de tendencia central. Sin visión tiene tantos casos detectados a la entrada como en la fase intermedia. Los cálculos de AHPD pueden resultar engañosos al combinar, en estos diagnósticos, dos realidades muy diferentes. El análisis detallado de las trayectorias ha de permitir desentrañar lo que se esconde en el interior de cada grupo.

Dejando temporalmente a un lado el problema de la representatividad de la media y la mediana de los grupos AHPD, resulta interesante la combinación, para cada diagnóstico, del número de años hasta el primer diagnóstico y el número de años totales en observación. El número total de años en observación se contabiliza una vez por cada historial y diagnóstico, pudiéndose contar un historial tantas veces como diagnósticos diferentes tenga a lo largo de su trayectoria. Así, el número real de historiales con diagnóstico es de 285 mientras que la suma total de historiales contados alcanza los 345 —el equivalente a contar cada historial 1,2 veces. Esto nos lleva a otra dificultad que deriva de la posible variación en los nombres utilizados para registrar las diferentes apariciones de una misma dolencia. Una vez más, hay dolencias más semejantes que otras. El trabajo de clasificación de los signos reduce en parte este problema. Sin embargo, no hay forma de eliminar la posible confusión en origen entre diferentes diagnósticos. Piénsese por ejemplo en la dificultad para diferenciar entre conjuntivitis, blefaritis y blefaroconjuntivitis por parte del SM. Esta dificultad es aún mayor para aquel que maneja la reducida información que proporciona un registro.



**Figura 14. Años totales en observación y años en observación hasta el primer diagnóstico.**

La combinación de ambas cifras pretende dar la medida de cada diagnóstico: si es preventivo o no y si su presencia guarda relación con la duración del historial. A partir de la representación gráfica de ambas variables en un eje de coordenadas, que se muestra en la Figura 14, se distinguen un total de seis grupos llamados **Grupos AHT**. Los valores representados en cada caso son, para cada diagnóstico, la mediana del número de años totales y la mediana del número de años hasta el primer diagnóstico. El tamaño de la burbuja es proporcional al número total de diagnósticos que representa. El cálculo de los años totales también se verá afectado por la cohorte, de tal manera que los diagnósticos pertenecientes a C1 tenderán a mostrar una cifra más elevada de años totales en observación. No se detecta, sin embargo, una concentración de diagnósticos compuestos mayoritariamente por miembros de C1 entre los grupos AHT de mayor duración.

En la Figura 14 están representados todos los grupos AHT. Próximos al eje de abscisas encontramos cuatro primeros grupos con una mediana hasta el primer diagnóstico igual o inferior a dos años y una duración total de los historiales que oscila, para los diferentes grupos, entre 5 y 20 años. En los dos grupos que quedan, la primera aparición de un problema ocular se dilata, distinguiendo entre historiales de duración media e historiales de duración prolongada:

- El grupo **AHT1** presenta unas medianas de duración total que, a excepción de la queratoconjuntivitis –dos casos, uno con 0 años y otro con 5 años, mediana de 2,5–, oscilan entre cinco y ocho años. Serían aquellos que se detectan a la entrada y dificultan una trayectoria laboral en la Sociedad. Con diagnósticos poco numerosos –ocho diagnósticos suman un total de 25 historiales diferentes–, destacan en este sentido corto de vista con 7 y triquiasis con 6.

Su escaso número y el hecho de que no tengan continuidad en la empresa invita a pensar en la gravedad de estos casos. La forma de abandonar la empresa puede ser bien por exclusión por parte del médico o del responsable de la contratación, bien por abandono del propio sujeto ante la dificultad de compaginar la actividad con su dolencia, bien por agravamiento del diagnóstico. No se puede descartar la mera coincidencia de abandonos tempranos de la trayectoria por otras causas con el diagnóstico.

- **AHT2** tiene medianas en duración total que se sitúan en torno a los 10 años, algo inferiores a la mediana global de 15. Cuatro diagnósticos suman 78 historiales: estrabismo, blefaroptosis, visión deficiente y catarata.
- **AHT3** tiene valores situados en torno a la mediana global de 15 y hasta 17,5. Es el grupo más numeroso con siete diagnósticos que suman 125 casos. Los más numerosos serían blefaritis, conjuntivitis y mancha en ojo, seguidos de infección lagrimal y mancha corneal.
- **AHT4** está formado por tres diagnósticos que suman un total de 35 casos situados por encima de la mediana global en años totales, con valores de 20 o superiores: padece de los ojos, orzuelo y resto.

- **AHT5** se sitúa, en años totales, en torno a la mediana global. Las medianas de años hasta el primer diagnóstico se sitúan entre 3 y 6,5 pudiendo hablar de diagnósticos tardíos aunque con una duración media de los historiales. Son un total de seis diagnósticos agrupando 66 Historiales: sin visión y opacidad corneal los más numerosos, y después dacriocistitis, confunde los colores, ectropión y leucoma.
- **AHT6** agrupa el resto de diagnósticos –cinco con 17 historiales en total. Son pocos casos y pocos diagnósticos que en orden decreciente del número de historiales serían tracoma, falta ojo, queratitis y úlcera corneal y, un último historial con partícula extraña. Es llamativo que se encuentre en este grupo de mayor duración total los casos con tracoma y falta ojo. La primera por ser enfermedad infecciosa que, de no ser tratada adecuadamente, desencadena un proceso degenerativo que puede concluir en la ceguera. Y falta ojo, que es el mayor grado de incapacidad asociada con el ojo.

A la vista de lo anterior podemos comparar tres diagnósticos entre sí: corto de vista, sin visión y falta ojo. Corto de vista, el primero y menos grave, es el que forma parte del grupo AHT1, detectado al principio y con historiales breves –mediana de 5,0. Sin visión tenemos a 28 casos detectados a los 5 años de la entrada y con una duración normal (15). Falta ojo se detecta tarde (14,5) y tiene una duración total que duplica la global. En definitiva, el diagnóstico más leve es el que se relaciona con una duración breve de la trayectoria mientras que el diagnóstico más grave se relaciona con la mayor duración del historial. Esto se explica por el momento de la trayectoria en que es detectado el diagnóstico:

- A la entrada. Serían deficiencias procedentes del exterior.
- En mitad de la trayectoria. Deficiencias producidas a trabajadores del interior de la Sociedad o, en su caso, producidas en el interior de la misma.

Este momento de la trayectoria pone de relieve el componente de gestión vinculado al diagnóstico. La empresa se hace cargo de los problemas ocurridos dentro de la Sociedad y los asume dando cobijo al obrero afectado, en un gesto propio del paternalismo. Sin embargo, aquellos problemas generados con anterioridad a la entrada, detectados en los primeros reconocimientos del historial, tienden a reducir su tiempo de permanencia.

## Capítulo 6. Análisis cualitativo de las trayectorias

---

En el presente capítulo abordo la parte más laboriosa del trabajo, la que da cuenta de los riesgos oculares insertos en los historiales reconstruidos. Para ello selecciono aquellos que, procedentes del subconjunto de las cohortes seleccionadas, incluyen una o más menciones oculares. He procedido estructurando las trayectorias en función de las menciones presentes, para su descripción, y, a continuación, me he detenido en sus principales características. El análisis parte de la enumeración y cuantificación de la casuística buscando un modelo que permita su interpretación. Las características de nuestra fuente, fundamentalmente los silencios en la documentación, dificultan la elaboración de estos modelos en tanto en cuanto no se alcanza el grado suficiente de abstracción, en tanto en cuanto no se alcanzan a ver los distintos tipos de trayectorias en su conjunto. Este rompecabezas únicamente cobra sentido cuando se ve en su totalidad, al unir todas las piezas.

Como he dicho al comienzo, esta documentación tan solo permite dibujar el trazo grueso pero, a cambio, este trazo posee una gran robustez. Insisto igualmente en su principal virtud: surgir del corazón mismo del encuentro entre capital y trabajo. En ella encontramos testimonio del rastro que los riesgos fueron dejando en los cuerpos obreros, encontramos ecos de su desgaste, de sus accidentes, de sus pérdidas... y en esos cuerpos encontramos pistas que nos permiten reconstruir fragmentos de la historia. Con ánimo ejemplificador, también a modo de reconocimiento, se muestran, a lo largo de las próximas páginas, numerosas trayectorias resumidas en las que se destacan los aspectos más sobresalientes de cara al análisis. Estas cumplen con la función de traernos la cotidianeidad de los riesgos vividos.

Frente a los riesgos vividos, los riesgos gestionados. Este es también un observatorio que nos habla de la práctica cotidiana de la gestión de los riesgos, a través de la cual podemos acercarnos a la dinámica de la relación capital-trabajo. La gestión que en él se hace contribuye a diario a contener el coste del factor trabajo, ayuda a definir los límites del aprovechamiento de la fuerza de trabajo.

El análisis estadístico de las menciones oculares proporciona el marco que permite contextualizar el análisis longitudinal y cualitativo de las trayectorias que las incluyen. Este resulta mucho más rico en la medida en que da cabida a la diversidad de información presente en los registros, atendiendo a los contenidos no cuantificados de los registros: la casuística particular de combinaciones entre diagnósticos, las proximidades entre sucesos, posibles recaídas, su evolución. En definitiva, multitud de aspectos diferentes que aportan por sí solos poca información pero que, considerados en el conjunto de un historial, permiten reconstruir a grandes rasgos los riesgos soportados por el obrero.

**Tabla 20. Número de historiales por número de menciones oculares presentes en el historial.**

Número de DO	Número de AO						Total
	0	1	2	3	4	5 ó más	
0		341	68	18	6	4	437
1	163	16	4	1			184
2	35	10					45
3	19	2					21
4	12	2					14
5	10	1					11
6 ó más	10	1					11
Total	249	373	72	19	6	4	723

Fuente: HMP reconocimientos médicos y partes de accidente.

Elaboración propia.

Si, por una parte, esa multitud de matices hacen que la información a manejar resulte compleja y recomiendan la aproximación cualitativa, por otra, la necesidad de realizar un análisis de cada diagnóstico con su especificidad y el reducido número de casos con los que he trabajado, desaconsejan un análisis estadístico de las trayectorias. Para respaldar esta última afirmación, muestro en la Tabla 20 la distribución de los 723 historiales procedentes de nuestras cohortes en los que he encontrado al menos una mención ocular. Los historiales están clasificados en función del número y el origen de las menciones presentes en ellos. Casi la mitad (341, el 47,2%) está formada por historiales en los que únicamente figura una sola lesión. Casi una cuarta parte (163, el 22,5%) son historiales con un único diagnóstico. Sumando ambos tenemos que casi el 70% de historiales dispone de una única mención, bien en un parte bien en un reconocimiento. Esto hace que el seguimiento longitudinal se tenga que enfrentar a una seria limitación. Considerando la vinculación que ya he comentado entre agresiones e infecciones, tendría interés el seguimiento a corta distancia de aquellos historiales en los que coinciden una o más lesiones con uno o más diagnósticos en el interior de su trayectoria. A través de ese seguimiento se puede establecer la naturaleza de la vinculación entre unas y otros. Lamentablemente, el número de historiales que cumplen ambos requisitos es muy reducido, un total de 37 (el 5,1%). El 25% de historiales que quedan se dividen entre 86 (11,9%) con más de un diagnóstico y ninguna lesión y 96 (13,3%) con más de una lesión y ningún diagnóstico. Aun así, el

análisis de las trayectorias ha de aportar la comprensión de las circunstancias que rodean la aparición de los riesgos oculares en nuestra fuente. Por otra parte, las dificultades que se ponen en origen al seguimiento de estos riesgos pueden ser compensadas mediante la agregación de los casos, estudiando en el grupo lo que no es posible seguir en el obrero concreto.

Para proceder con el análisis de las trayectorias debemos cambiar el foco desde el suceso aislado hacia el conjunto de sucesos que jalonan un historial. En este tránsito se debe resolver diversos problemas. El primero es el de agrupar las trayectorias en función de las menciones presentes teniendo en cuenta que en una misma trayectoria podemos encontrar dos diferentes. Para ello, se ha hecho una primera relación de historiales en función de las menciones con las que cuenta. En este punto, el hecho de que sea reducido el número de historiales con más de una mención resulta una ventaja. Los que contaban con diagnósticos semejantes fueron agrupados en un mismo grupo TpM. Es el caso de ectropión, entropión y triquiasis<sup>45</sup>. También se procedió en sentido contrario a separar pterigión, que en un principio se había incluido en el grupo de las manchas y opacidades corneales. El resultado son los grupos que pueden apreciarse en la Tabla 21. La columna que recoge la frecuencia de los historiales suma 859, aun cuando el número real de historiales contabilizados en ella es de 723. La diferencia se corresponde con el número de ocasiones en las que un historial es contado más de una vez al estar incluido en más de un grupo por encontrarse en él diferentes diagnósticos. Por su parte, la columna correspondiente a las menciones suma 1.655 sobre una cifra real de 1.153 debido a la misma razón.

No se ha analizado las trayectorias compuestas únicamente por lesiones, los grupos TpM 20 a 23 que suman un total de 375 trayectorias, el 51,9% de todas ellas. Su elevado número, el hecho de que la relación de menciones por historial sea tan reducida y su distribución poco sujeta a una pauta me llevaron a desestimar este análisis. Tampoco se ha analizado los pocos casos incluidos en el grupo sin clasificar (TpM00).

---

<sup>45</sup> Sin embargo, a lo largo del proceso de análisis se fueron modificando esas agrupaciones iniciales. Así, los seis historiales con triquiasis y entropión fueron separados del grupo que formaban con cuatro historiales de ectropión, incorporándose al grupo de blefaritis, por su aparición en los historiales junto a este último.

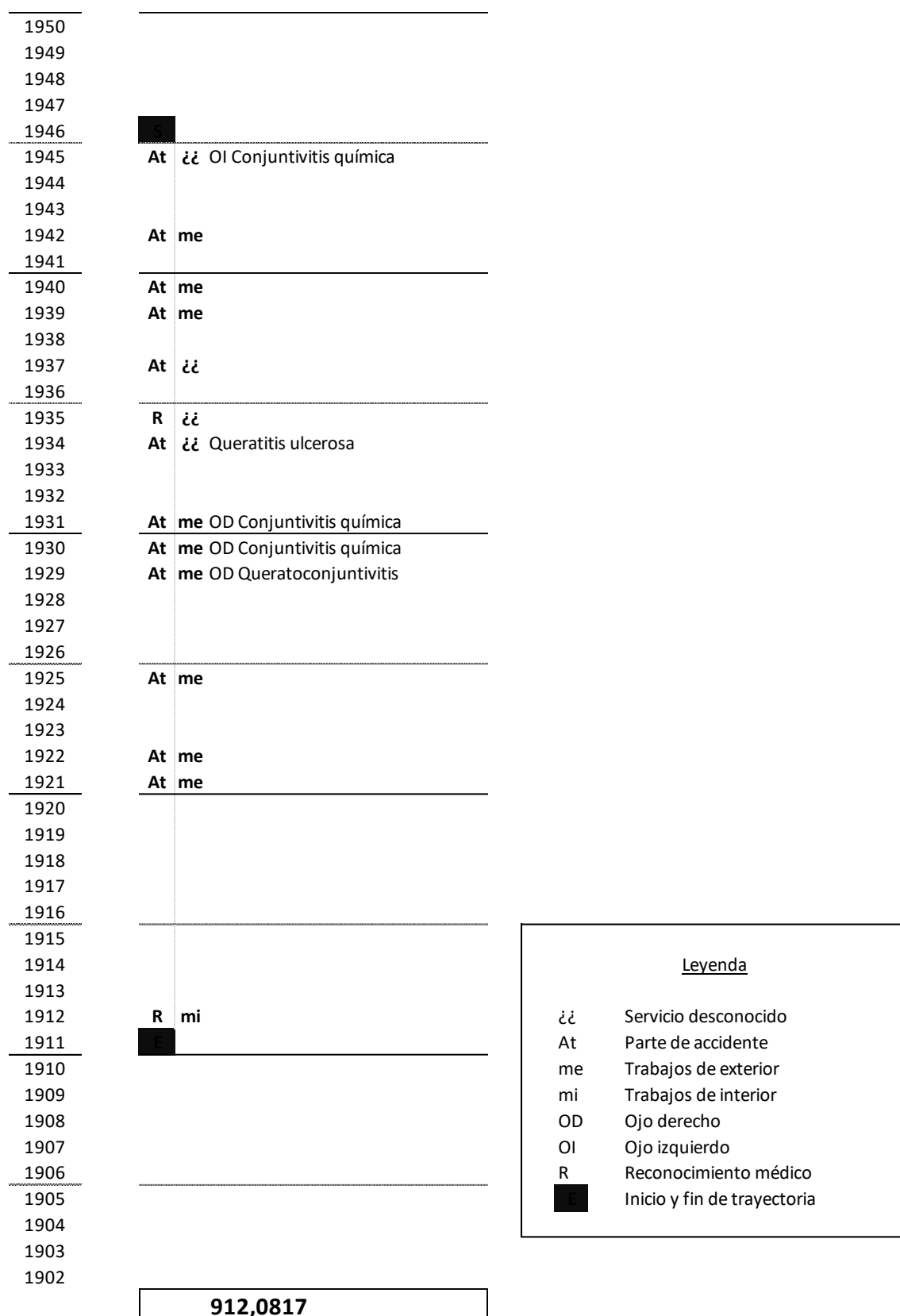
**Tabla 21. Conversión de menciones oculares en trayectorias (TpM).**

GranGrupo	Grupo	Trayectorias por menciones	Historiales		MO	
			N	%	N	%
GG01. Párpados	Blefaritis	TpM01 Blefaritis	38	5,3	83	5,0
GG01. Párpados	Blefarconjuntivitis	TpM02 Blefarconjuntivitis	12	1,7	26	1,6
GG01. Párpados	Blefaroptosis	TpM03 Blefaroptosis	4	0,6	7	0,4
GG01. Párpados	Ectropión	TpM04 Ectro, entropión y triquiasis	10	1,4	26	1,6
GG01. Párpados	Entropión					
GG01. Párpados	Triquiasis					
GG01. Párpados	Orzuelo	TpM05 Orzuelo	22	3,0	42	2,5
GG02. Sistema lagrimal	Dacriocistitis	TpM06 Afecciones lagrimales	23	3,2	62	3,7
GG02. Sistema lagrimal	Epífora					
GG02. Sistema lagrimal	Infección lagrimal					
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis	TpM07 Conjuntivitis	62	8,6	119	7,2
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis química	TpM08 Conjuntivitis química, térmica y traumática	71	9,8	114	6,9
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis térmica					
GG03. Conjuntiva	Conjuntivitis traumática					
GG03. Conjuntiva	Queratoconjuntivitis	TpM09 Queratoconjuntivitis	16	2,2	30	1,8
GG03. Conjuntiva	Tracoma	TpM10 Tracoma	11	1,5	28	1,7
GG04. Córnea	Pterigión (procede de Opacidad corneal)	TpM11 Pterigión	7	1,0	16	1,0
GG04. Córnea	Leucoma	TpM12 Manchas y opacidades corneales	48	6,6	126	7,6
GG04. Córnea	Mancha corneal					
GG04. Córnea	Mancha en ojo					
GG04. Córnea	Opacidad corneal					
GG04. Córnea	Queratitis	TpM13 Queratitis	22	3,0	44	2,7
GG04. Córnea	Úlcera corneal	TpM14 Úlcera corneal	21	2,9	41	2,5
GG05. Cristalino	Catarata	TpM15 Catarata	14	1,9	27	1,6
GG06. Úvea	Iris	TpM16 Iris	6	0,8	7	0,4
GG07. Agudeza visual	Corto de vista	TpM17 Visión deficiente	34	4,7	65	3,9
GG07. Agudeza visual	Miopía					
GG07. Agudeza visual	Visión deficiente					
GG07. Agudeza visual	Falta ojo	TpM18 Falta ojo o visión	34	4,7	100	6,0
GG07. Agudeza visual	Pérdida de ojo					
GG07. Agudeza visual	Pérdida de visión					
GG07. Agudeza visual	Sin visión					
GG08. Otros	Estrabismo	TpM19 Estrabismo	29	4,0	74	4,5
GG08. Otros	Confunde los colores	TpM00 Sin clasificar			25	1,5
GG08. Otros	Padece de los ojos					
GG08. Otros	Resto					
GG09. Traumatismos	Contusión	TpM20 Contusión	42	5,8	62	3,7
GG09. Traumatismos	Herida	TpM21 Herida	70	9,7	109	6,6
GG09. Traumatismos	Partícula extraña	TpM22 Partícula extraña	205	28,4	334	20,2
GG10. Quemaduras	Lesión química	TpM23 Quemadura	58	8,0	88	5,3
GG10. Quemaduras	Quemadura					
Total*			723	100,0	1.153	100,0
Analizados			348	48,1	1.062	64,2

\* El total no coincide con la suma debido a que un mismo historial o incluso una mención pueden ser contados más de una vez.

Fuente: HMP reconocimientos médicos y partes de accidente. Elaboración propia.

Tras agrupar las trayectorias, he procedido a representar gráficamente los diferentes historiales correspondientes a cada grupo por orden cronológico de entrada –véase un ejemplo de representación de la trayectoria en la Figura 15. En la representación se muestra la secuencia temporal de los incidentes oculares dentro de la trayectoria laboral de los obreros. El detalle de la información tuve que consultarlo, en cada caso, en la relación de registros que constituían todo el historial –véase un ejemplo de historial detallado en la Figura 16– y así complementar la información esquemática de la trayectoria con la riqueza de la fuente. El resultado de todo ello es el análisis que figura a continuación.



Fuente: HMP reconocimientos médicos y partes de accidente. Elaboración propia.

**Figura 15. Representación gráfica de una trayectoria.**



Obr/Maenun	Servi	Cargo	Edad	HoOr	Fecha	AgruparOjos	Vision	Resultado/Clase+Resul (Clasificado)	Resultado/Clase+Resul (Sin clasificar)	FNac
912,0817	5				05-01-00			5		
1912,0817	mi	n.c	17	0	02-08-12			· A · PHIs · . . . .	P H I S. A. (VACU) [173/1934]	1895
15063	me	pal 5,25	26	9	26-09-21			[CONT] · BI	INTENSA CONT EN LA FLEXURA DEL CODO IZDO.	1895
15269	me	pal 5,25	26	9	14-03-22			[HD CONT CON PERDIDA DE UYA Y DETERIORO DE FALANGE] · PID	HDA CONTUSA CON PERDIDA DE UYA Y DETERIORO DE FALANGE DEDO GRUESO PIE IZDO	1896
16833	me	peo 4,50	29	12	13-03-25			[HD] · MD	HD BORDE CUBITAL MANO DCHA.	1896
18786	me	peo 5,25	34	16	26-06-29	Queratoconjuntivitis		[QUERATO-CONJUNTIVITIS] · OJO D	QUERATO-CONJUNTIVITIS DCHA. FECHA ACCTE: 7-6-1929; FECHA PAPE- LILLA: 10-6-1929. [U]	1895
19160	me	peo 5,00	34	17	23-11-29			[HD] · M AMBAS	HERIDAS EN AMBAS MANOS. [U, BIEN]	1895
20344	me	peo 5,35	35	18	14-10-30	Conjuntivitis química		[CONJUNTIVITIS QUIMICA] · OJO D	CONJUNTIVITIS QUIMICA OJO DCHO.	1895
20865	me	peo 5,35	35	18	05-03-31	Conjuntivitis química		[CONJUNTIVITIS QUIMICA] · OJO D	CONJUNTIVITIS QUIMICA EN OJO DCHO.	1896
24436	¿¿	peo 6,15	39	21	07-03-34	Queratitis		[QUERATITIS] · OJO	QUERATITIS ULCEROSA CON HIPOPION Y EDEMA PALPEBRAL QUE POR PRESENTARSE A LAS POCAS HORAS DE HABER ALEGADO ACCIDENTE, NO ES A.T.	1895
1934,0173	me	peo	39	21	08-05-34			· U · Anquilosis dedo · . . . .	UTIL ANQUILOISIS DEDO INDICE IZDO (VACU) [818/1912 284/935]	1895
1935,0285	¿¿	peo	40	22	08-05-35			· A · Anquilosis dedo · . . . .	A. ANQUILOISIS DEDO INDICE IZQDO. (VACU) [818/1912,173/1934]	1895
28592	¿¿	peo 6,75	42	25	29-10-37			[LUMBAGO] · R LUMBAR	LUMBAGO. 'E. Y.S.'	1895
29816	me	peo 7,00	44	26	19-06-39			[CALLO INFECTADO] · MID	CALLO INFECTADO CARA PALMAR DEDO ANULAR MANO IZDA. [U]	1895
31472	me	n.c	0	27	13-02-40			[LUMBAGO] · R LUMBAR	LUMBAGO. [U, HOSPITALIZADO HASTA HOY]	0
32614	me	n.c	0	30	10-10-42			[DISTENSION] · R LUMBAR	DISTENSION LUMBAR. [U]	0
34509	¿¿	n.c	0	32	20-03-45	Conjuntivitis química		[CONJUNTIVITIS QUIMICA] · OJO I	CONJUNTIVITIS QUIMICA OJO IZDO. [U]	0

Fuente: HMP reconocimientos médicos y partes de accidente. Elaboración propia.

Figura 16. Detalle de una trayectoria.

## 1. Conjuntiva, párpado y sistema lagrimal

### 1.1. Trayectorias con menciones a blefaritis y triquiasis

#### *Proximidad a otras menciones*

Como he descrito con anterioridad, la blefaritis se asocia con otras enfermedades generales y con problemas de piel. En los casos que figuran en la BD Cohortes coincide en ocasiones con otros diagnósticos que provocarían estados deficitarios de defensas: sífilis (904,0677), sarna (907,0947), balano-postitis (917,0823)...

En los primeros historiales encontramos dos casos en los que se detecta blefaritis crónica en uno y ojos tiernos en el otro. En ambos se aporta como causa el sarampión.

#### *Triquiasis*

La triquiasis puede aparecer de forma aislada o asociarse con la cicatrización del borde palpebral secundaria a blefaritis y tracoma. De los seis historiales con triquiasis, tan solo en dos de ellos no figura junto a blefaritis o blefaritis crónica. El hecho de que los historiales de ambas dolencias prácticamente se solapen, me lleva a estudiar todos ellos bajo un mismo epígrafe.

# 914,0474 Tres reconocimientos en total. En el primero, el médico registra muy bien los riesgos que corre la Sociedad al admitir un cuadro semejante: “Padece de blefaritis. Crónico con triquiasis, que a cada momento achacará al trabajo. Que se trate de esto y después se verá” (1914). Seis años después se une a esto una propensión a hernia. Ambas provocarán el siguiente diagnóstico: “no es admisible”. Encontramos el tercer reconocimiento cuatro meses después para otro servicio distinto. De nuevo blefaritis con triquiasis. No encontramos ningún parte de accidente que confirme su entrada en la Sociedad.

# 904,0158 Tan solo tiene dos reconocimientos separados por 11 años. En el primero blefaritis crónica por sarampión y en el último blefaritis crónica y triquiasis.

# 912,0487 Diagnóstico: pestañas hacia adentro que rozan el globo ocular. El historial se extiende a lo largo de 18 meses. Tras tres reconocimientos en los que figura la triquiasis encontramos un cuarto que recoge blefaritis. La última observación es un parte de accidente cuatro meses más tarde.

La triquiasis aquí analizada es una dolencia que dificulta enormemente el desarrollo del trabajo, máxime en las condiciones imperantes en el interior de la mina. Las estadísticas del número de años en observación para este grupo de menciones son claras al mostrar una media de 6,3 y una mediana de 6,5 años en observación frente a la media general de 15,8 y mediana de 15,0.

### *Orzuelos*

La presencia de la blefaritis está vinculada en numerosas ocasiones a trayectorias con orzuelos (o foliculitis de pestañas). En numerosos historiales coinciden ambos tipos de menciones.

# 904,0677 Comienza con orzuelos (foliculitis de pestañas) que cuatro años después aparece junto a blefaritis e infección de vías lagrimales. A lo largo del historial figura repetidamente blefaritis crónica porque, entre otras cosas, firma por ellas, algo que no hemos visto en otros casos de blefaritis. Además es sífilítico pero él dice que sus problemas de piel son provocados por el *sénico* [sic] de la mina. Es el más consistente en el diagnóstico. ¿Encontramos relación entre la blefaritis y los problemas de piel?

### *Infecciones lagrimales y conjuntivitis*

Como se ve en el caso anterior, también encontramos coincidencias con trayectorias con presencia de infección de vías lagrimales. Entre otros 907,0715; 908,0322 y 917,0823.

# 908,0322 blefaritis crónica en 1908 y catarro de vías lagrimales en 1915.

También vínculos con conjuntivitis: 904,0677; 910,0231; 910,0739 y 910,1088

La presencia de blefaritis y blefaroconjuntivitis en diferentes momentos de una misma trayectoria hace pensar en la dificultad de distinguir con claridad entre ambas.

### *Tracoma*

# 920,1671 En 1920 se consigna “blefaritis crónica con alguna granulación” que podría ser signo de tracoma.

### *Persistencia*

La mayoría de los casos aparecen con una o dos menciones a blefaritis. En los primeros historiales aparece relacionada con los diagnósticos mencionados pero parece que con el correr del tiempo figuran de manera mucho más aislada. En los últimos historiales no aparecen menciones a otras dolencias como sí ocurre en los primeros años.

### *Negación de accidente*

La sensación de cuerpo extraño con que cursa la blefaritis favorecería la confusión entre uno y otro.

# 907,0715 “Se presenta a vd. para extraerle mota que dice tiene en vista izda. Diagnóstico: refiere partículas térreas en ojo izdo. Pero no se aprecia ninguna, se aprecia ligera inflamación vías lagrimales y blefaritis” (1916).

# 907,0781 “No presenta síntoma de accidente y sí una blefaritis acentuada en ojo izdo. que dice haber sufrido el accidente y también el otro presenta afectado” (1912).

# 910,0231 “Refiere cuerpo extraño ojo dcho. que no hay síntoma de accidente que lo revele (blefaritis en párpado sup.)” (1915).

Encontramos tres casos en los que se presenta un obrero refiriendo partícula extraña o accidente en ojo y es rechazado por el médico al tratarse de blefaritis y no encontrar este razón que avale la idea de accidente. El médico descarta la hipótesis del accidente por tratarse de blefaritis. Tendrían la consideración de accidente de haber sido provocados de manera fortuita por un agente externo. No es el caso de la blefaritis. Todo esto ocurre en los años 1912, 1915 y 1916. No hay más casos. Quizás sean estos casos –la previsión de que puedan repetirse– los que justifican el registro de la blefaritis en esos primeros años.

En la blefaritis hay otro riesgo que encontramos mencionado en un reconocimiento de 1909 (1909,0684): “blefaritis crónica que hoy no le impide ver”. En todo caso, el conjunto de las menciones a blefaritis, más que con operaciones de evaluación de la capacidad de la mano de obra, parece corresponderse con: a) una serie de diagnósticos preventivos de posteriores complicaciones oculares o b) la preocupación de que se pueda pasar por accidente lo que es una dolencia crónica.

### *Momento de la trayectoria*

Lo normal es que se identifique algún problema de blefaritis, ojos tiernos u orzuelos a la entrada, y que este se desarrolle después. De 42 historiales con blefaritis –incluyendo seis que se combinan con triquiasis–, encontramos 23 que comienzan con menciones oculares desde la primera observación. Este número se elevaría a 26 si consideramos los dos primeros años de observación. Blefaritis crónica, orzuelos, ojos tiernos, propensiones a orzuelos o infección lagrimal son las menciones que aparecen al comienzo de estos historiales. Por ejemplo:

# 908,0322 Se detecta blefaritis crónica a la entrada. A los 7 años en observación, con dos reconocimientos entre medio, se detecta catarro en vías lagrimales.

# 904,0677 A los cuatro años en observación y tras otros tres reconocimientos anteriores, se le detecta blefaritis crónica. Tras nueve años y numerosos reconocimientos en que se reconoce su carácter sifilítico y se identifica una hernia en formación, vuelve a aparecer la blefaritis crónica. ¿Qué ha ocurrido para que haya desaparecido temporalmente el diagnóstico? Por un lado, hay otras preocupaciones mayores como la hernia y la sífilis. Por otro, no es necesario registrar de nuevo lo que ya ha sido escrito –los reconocimientos intermedios cuentan con un gran número de ‘remite a:’–. Por último, una dolencia registrada con carácter preventivo es suficiente con que aparezca una vez al comienzo del historial de tal forma que se pueda aducir su existencia previa. Si se tratase de una dolencia que afecta a la capacidad de la mano de obra debería figurar en la papelilla que luego verá el servicio.

Los tres casos en los que se rechaza el accidente por ser blefaritis muestran que el registro de la blefaritis no es exhaustivo:

# 910,0231 Parte de accidente con blefaritis en cuarto año de observación, con un primer reconocimiento en el que no se registra mención ocular.

# 907,0715 Parte con blefaritis en el octavo año en observación. Seis reconocimientos previos sin mención alguna.

#907,0781 Parte con blefaritis en el quinto año en observación. Con anterioridad ha pasado por dos reconocimientos. En uno de ellos se detecta propensión a orzuelos.

No es necesario el registro de la blefaritis. En realidad es un elemento más a considerar a la hora de valorar el estado de salud. O interesa registrarlo para evitar simulaciones. No podemos valorar con nuestros datos el subregistro de la blefaritis. No parece muy elevado –existe un número importante de casos detectados– pero parece seguro que existe, a tenor de lo que muestran los casos de accidente.

También los hay que se detectan con el tiempo –por ejemplo 910,0739, blefaroconjuntivitis crónica a los 13 años en observación.

## 1.2. Trayectorias con menciones a blefaroconjuntivitis

En este caso tenemos distintos tipos de blefaroconjuntivitis:

1. **Blefaroconjuntivitis aguda.** Dos menciones aisladas en sus respectivos historiales. Una de ellas es esgrimida para negar un accidente.
2. **Blefaroconjuntivitis traumática.** Tres menciones aisladas en sus historiales. Detectadas en partes de accidente. Una de ellas tiene tras de sí, separada por más de 25 años una conjuntivitis en el mismo ojo en otro accidente.
3. **Blefaroconjuntivitis crónica.** Cuatro historiales. Solo uno de ellos tiene una única mención y esta es traída a colación para desestimar un caso de accidente: (910,1049) “el obrero se presenta simulando accidente en ojo derecho. Diagnóstico: blefaroconjuntivitis crónica sin relación con accidente. El dr. Remite papeleta de baja (no hay papelilla)”. Los otros tres casos –uno de ellos analizado ya en el epígrafe anterior– verán el diagnóstico repetido de manera exhaustiva, por lo menos hasta el momento en que el obrero firma por la mención. De estos tres casos, hay dos en los que se detecta a la entrada. En un tercero, han de pasar casi 15 años y 10 reconocimientos hasta que hace su aparición el diagnóstico crónico: o no estaba con anterioridad, o no se vio o no se registró –esta última hipótesis es poco probable. En este caso (910,0739), la blefaroconjuntivitis crónica inicial deja paso a una conjuntivitis “ligera” y a una posterior blefaritis crónica. Todo ello durante un período de 6 años. Los dos reconocimientos siguientes, separados por un vacío de más de diez años sin observaciones, recogerán un escueto “útil”, la propensión herniaria y una referencia imprecisa a su paso anterior por la Sociedad: “10 años” dice un 20 de agosto de 1943 para referirse al último reconocimiento de fecha 15 de octubre de 1931, casi 12 años antes.
4. **Blefaroconjuntivitis séptica y catarral.** Son dos casos en los que, al poco de entrar, encontramos un parte con ese diagnóstico. Una blefaroconjuntivitis séptica y otra blefaroconjuntivitis catarral. En esta última el obrero refiere haberle entrado humo.
5. **Blefaroconjuntivitis.** Hay una única mención en un historial en el que se señala una blefaroconjuntivitis a secas, sin más adjetivos: “hoy padece blefaroconjuntivitis” (912,0935).

### *Negación de accidente*

Dos casos encontramos en los que se niega un accidente por padecer una blefaroconjuntivitis. Ya han sido comentados. En uno (910,1049) se acusa al obrero de simular accidente cuando en realidad tiene una blefaroconjuntivitis crónica. En el otro (906,0909) simplemente se niega la causa declarada por el obrero: “no hay síntoma de accidente de trabajo, ni equimosis palpebral que lo demuestre. Refiere le cayó una palada de tierra en ojo izdo. Blefaroconjuntivitis aguda”. En ninguno de los dos hay constancia previa o posterior de ninguna otra mención ocular.

### *Persistencia*

Los partes nos revelan la existencia de dolencias que no han sido registradas en reconocimientos anteriores. La blefaritis crónica esgrimida en 1911 (910,1049) para rechazar un accidente puede ser un diagnóstico exagerado o bien un indicador de la realidad que no vemos: las blefaroconjuntivitis crónicas que no se registran.

### *Momento de la trayectoria*

En general, aparecen las menciones en los primeros años de observación, salvo en dos casos. Y esto es así incluso para las de origen traumático. El silencio posterior ¿es debido a que ya no aparecen más o a que ya no se declaran las que existen?

## **1.3. Trayectorias con menciones a blefaroptosis**

De los cuatro historiales, tres tienen blefaroptosis *ligera* que no parece incapacitar para el trabajo, dado que contamos con partes que acreditan la entrada efectiva de todos ellos. En uno (925,0951), el diagnóstico aparece a la entrada y figura repetidamente en los tres reconocimientos siguientes (todos en el primer año de observación) desapareciendo después. En otro (915,0314), no figura hasta el último reconocimiento, en su decimoquinto año en observación. Y, un último, en su segundo reconocimiento, dentro de su primer año de observación.

El caso más grave parece ser 913,1583 donde se recomienda la no admisión del obrero: “No debe admitirse. Blefaroptosis ojo izq., que no tiene visión útil para el trabajo”. Cinco años más tarde (en 1919) vuelve a presentarse con el mismo resultado: “No tiene visión en el ojo izq. y en él hay blefaroptosis, caída del párpado superior que indica con lo otro lesión central, tiene incapacidad indefinida”. No encontramos ningún parte que acredite su entrada efectiva.

## **1.4. Trayectorias con menciones a ectropión y entropión**

Los dos casos marcados con entropión se dejan como triquiasis –ya han sido analizados con anterioridad. La diferencia entre uno y otro es que en el entropión hay una aversión del borde del párpado mientras que en la triquiasis solo tenemos un crecimiento anormal de las pestañas. Como únicamente encontramos menciones a las pestañas, procedo a asimilarlos al grupo de las trayectorias con menciones a triquiasis.

Quedan únicamente cuatro casos con ectropión. En uno de ellos aparece una sola observación en medio de un historial. Parece claro que existe un error de identificación del historial. En otro tenemos un “ligero ectropión” que no aparece en más ocasiones aunque sí existen referencias a reconocimientos anteriores.

Los otros dos historiales presentan mucha consistencia. En uno no existen partes, lo que lleva a poner en duda su entrada efectiva. En otro sí encontramos un parte, incluso en el último tenemos una queratitis traumática en el mismo ojo afectado por ectropión. Demasiada casualidad. El diagnóstico de utilidad oscila en ambos casos entre útil y admisible con el mismo diagnóstico en un mismo historial:

# 912,1473 De un total de siete observaciones cuenta con tres reconocimientos, en los cuales se registra el ectropión en el párpado izquierdo. Mucha consistencia. En los dos primeros será admisible y en el último útil. Al final de su carrera sufre una queratitis traumática en el mismo ojo izquierdo. No será casualidad si este estaba más desprotegido. El resultado de este último accidente será “útil” pero ya no encontramos más observaciones del historial.

## 1.5. Trayectorias con menciones a orzuelos

### *Blefaritis*

De los 22 casos aparecen dos en un mismo historial junto a blefaritis. El primer caso es el del obrero sifilítico que sale de la mina por el “sénico” que le producía problemas en la piel.

# 904,0677 Aquí tenemos un cuadro en que se señala de manera consistente la blefaritis crónica. Inicia el historial detectando orzuelos y cuatro años más tarde se señala una predisposición a foliculitis de pestañas. A partir de ese momento habrá registro continuo de blefaritis crónica, y toda una colección de problemas oculares: infección de lagrimales, conjuntivitis, padece de los ojos. Parece este un caso muy concreto debido a una sífilis que probablemente afecta a la piel y lo predispone a padecer de los ojos. Es el único caso en el que orzuelo aparece mencionado más de una vez en un mismo historial. Es uno de los ejemplos de aparición de orzuelo y blefaritis en un mismo historial.

# 907,0781 Cinco años en observación. Entra con una propensión a orzuelos. Al poco de cumplir el quinto año se presenta a enfermería aunque se descarta el accidente por tratarse de una blefaritis: “No presenta síntoma de accidente y sí una blefaritis acentuada en ojo izquierdo que dice haber sufrido el accidente y también el otro presenta afectado”. No hay más menciones oculares.

# 906,0226 29 años en observación. Entra con un registro de ojos tiernos (asimilado a blefaritis) desde que pasó el sarampión. 18 meses después figura en otro reconocimiento: “ojos bien”. Cuatro años después de la primera observación vuelve a pasar otro reconocimiento sin que le detecten nada. Cinco años después de la primera observación se señala en otro reconocimiento: “padece orzuelos”. En su última observación es atendido en la enfermería – con un parte de entrada y salida– por una partícula extraña en ojo dcho.

# 913,0566 32 años en observación. A la entrada registra el médico: “padeció de orzuelos”. No tiene ninguna otra mención ocular hasta que, tras veintiún años en observación, figura un parte en el que se niega el accidente: “conjuntivitis diplobacilar izquierda [asimilada a blefaritis por llamarse también

blefaroconjuntivitis angular] con abundante exudado. Solo hace 8 horas que dice él que se hirió. No es accidente del trabajo”.

### *Momento del calendario*

Hay dos etapas en las que se detectan orzuelos: 1905-1913 y 1916-1917. A lo largo del primero de ambos periodos encontramos orzuelos a razón de uno por año, con las excepciones de 1908 (4), 1912 (2) y 1913 (3). No volvemos a encontrar orzuelos hasta 1916 (2) y 1917 (4).

Existe un último caso aislado en 1931. Se trata de uno de los dos únicos orzuelos detectados en parte de accidente. En ambos casos se rechaza el accidente al diagnosticarse orzuelo: “Orzuelo en párpado superior derecho. Dice que es lesión producida por aire comprimido. Sigue trabajando” (925,1365: 1931). El otro caso de orzuelo detectado en un parte: “Refiere partícula en ojo izquierdo que no se apreció más que infección capilar de párpados” (914,0440: 1917).

### *Todos los casos figuran en reconocimientos*

Todos los casos aparecen señalados en reconocimientos salvo dos ya comentados. Cuando aparece en un parte es para negar el accidente.

### *Una sola mención a la entrada*

De los 22 casos, encontramos 13 en los que se detecta orzuelos o su propensión a la entrada y ya no vuelve a aparecer en el resto del historial. En otros tres, se detecta en un segundo reconocimiento realizado a lo largo de su primer año en observación.

Dos aspectos llaman aquí la atención. El primero es la falta de continuidad de los diagnósticos. El segundo, que únicamente una cuarta parte de ellos aparezcan en reconocimientos intermedios, como si la infección apenas se produjese antes de entrar a trabajar en la compañía. Todo indica que estamos ante un claro caso de diagnóstico preventivo: interesa marcar los orzuelos o su propensión al inicio de los historiales con idea de prevenir posibles reclamaciones ulteriores. Si es así, la estrategia no resultó muy exitosa dado que no encontramos ningún caso en el que, con posterioridad a su registro, se haya negado accidente alegando tal circunstancia. Quizás por esto desaparece su registro definitivamente en 1917 (a excepción del accidente de 1931).

Debe haber un mayor número de orzuelos –la prueba es que aparecen en un parte cuando interesa señalar que no es accidente– pero estos no figuran en los reconocimientos.

### *Orzuelos y propensiones*

De los 22 casos, tenemos 12 en los que se señala la propensión a orzuelos, bien en esos términos, bien con el término orzueloso. A estos habría que añadir un último caso en el que se consigna “padeció de orzuelos”. No se registra tanto la dolencia como la propensión a la misma, lo que refuerza la idea de diagnóstico preventivo.



### *Proximidad a otras menciones*

En seis ocasiones encontramos orzuelos en un mismo historial junto a otras menciones oculares. En tres de ellas junto a accidentes traumáticos ocurridos más de veinte años después de la detección del orzuelo. En cuatro –una coincide también con un accidente traumático– lo encontramos junto a blefaritis, blefaritis crónica o blefaroconjuntivitis.

En el caso de las tres blefaritis, transcurre poco tiempo desde la detección del orzuelo a la blefaritis o de la blefaritis al orzuelo. El paso de la infección de las glándulas de Zoll o Meibomio al resto del párpado o viceversa no debía ser difícil. O quizás formar parte de la misma dolencia.

En otro historial, desde la detección de un padecimiento previo de orzuelos hasta la conjuntivitis diplobacilar pasan más de veinte años. Sería muy arriesgado establecer relación entre uno y otro más allá de una posible propensión a infecciones de los párpados.

De estos casos mencionados parece derivarse una predisposición a este tipo de infecciones, lo que avalaría la conveniencia de identificar, a la entrada, los casos más propensos a ellas.

## **1.6. Trayectorias con menciones a afecciones lagrimales**

El sistema lagrimal está especialmente expuesto a las condiciones de trabajo en el medio minero e industrial: ambiente pulvígeno que reseca la película lagrimal, pequeñas partículas que infectan u obstaculizan el trayecto que debe realizar la lágrima, falta de higiene adecuada. Los problemas del sistema lagrimal están representados aquí en tres tipos de dolencias: epífora, infección lagrimal y dacriocistitis.

### **1.6.1. Infecciones lagrimales**

De los 24 historiales incluidos aquí tenemos 14 con infección lagrimal o asimilados –catarro de vías lagrimales, supuran vías lagrimales, infección lagrimal, ojo infectado y padeció de vías lagrimales. Incluimos aquí un caso de lágrimas cortadas que se ha marcado como epífora.

En dos ocasiones de estas 14 encontramos, además, epífora unida a infección lagrimal. La primera, mencionada en el mismo reconocimiento en que consta la infección lagrimal, en un historial lleno de alusiones al tracoma (905,0308). La segunda, en un mismo historial veintiún meses después de registrarse una infección lagrimal (914,0733).

### *Momento de la trayectoria*

De los catorce casos, tenemos cinco en los que se detecta a la entrada la infección lagrimal. De estos cinco, dos hacen referencia a infecciones pasadas:

- “Con estigmas de infección catarral vías lagrimales” (914,0733).
- “Refiere haber padecido de vías lagrimales” (915,1694).

Así pues, tenemos tres en los que la infección se encontraba presente a la entrada. En definitiva, no se trata de una dolencia detectada mayoritariamente al ingreso sino en diferentes momentos de la trayectoria. Pero no en cualquier punto de esta.

Si no estaban al principio, esto hace que pensemos en infecciones provocadas en el medio de trabajo o por el medio de trabajo. Desde un punto de vista profiláctico tendría mucho sentido detectar estas infecciones para evitar los problemas que de ellas se pudiesen derivar y que aquí se ven, provocados por el mal funcionamiento de la película lagrimal: úlceras, queratitis. Algo de esto vemos en las recomendaciones médicas que, aunque concentradas en un caso, ilustran sobre los problemas asociados.

### *Momento del calendario*

Las infecciones lagrimales las encontramos, salvo contadas excepciones, entre 1914 y 1917. Estas excepciones son una epífora en 1922 (914,0733) y un historial que recoge entre 1908 y 1920 diversos reconocimientos con supuración de vías lagrimales (908,1516). ¿"Crisis epidémica" o moda diagnóstica?

### *Diagnósticos sobre utilidad*

En los casos en los que se señala una infección lagrimal, es mayoritaria la calificación de admisible frente a la de útil. También existen unos cuantos casos en los que el médico establece admisión condicional.

#### **1.6.2. Dacriocistitis**

Tenemos un total de nueve historiales con dacriocistitis. En dos de ellos se señala la realización de una dacriocistorrinostomía sin que tengamos noticia previa de la dolencia. En un tercer caso, la operación sigue, dos meses después, al primer y único registro de dacriocistitis. Estos apuntes se enmarcan en la práctica habitual de registrar las intervenciones quirúrgicas con la intención de alejar la posibilidad de *simulaciones*.

El hecho de que se señale la operación bien avanzado el historial (10 y 17 años cumplidos en observación), sin que exista mención previa a problema ocular alguno en los diferentes reconocimientos anteriores (4 en una ocasión y 3 en otra), indica que muy probablemente el problema existía pero no fue registrado. En uno de ellos incluso se señala por primera vez en un parte de accidente cuando el obrero acude por una contusión en el ojo operado: "contusión ocular segmento infero-externo ojo izquierdo. Operado en este ojo de dacriocistitis. Resultado: alta con pequeña opacidad por cicatriz corneal" (910,1087). Aquí se registra la intervención cuando se presenta la necesidad de dejar constancia de las condiciones en las que se encuentra el ojo ante la posibilidad de que se presenten complicaciones posteriores.

Esta falta de exhaustividad en el registro llama la atención cuando se confronta con otros dos casos en los que el médico señala la trascendencia de esta dolencia en el medio industrial: "curada conjuntivitis, hoy tiene dacriocistitis ojo derecho. Conviene no trabaje en sitios de polvo, podría irritar la conjuntivitis [sic] ya predispuesta al estar bañada en lágrimas, pues esta obstruido conducto lagrimal" (930,0269), y "dacriocistitis supurada ambos ojos principalmente izquierdo. Esto no le impide

trabajar pero llegará posiblemente el caso de que se le pondrán malos y dirá que es del trabajo” (907,0129).

### *Momento de la trayectoria*

De los nueve historiales –en dos de ellos solo se señala la operación de dacriocistitis–, tres registran dacriocistitis a la entrada.

### *Momento del calendario*

Parecen existir dos momentos concretos. Uno primero entre 1907 y 1909. Con posterioridad a ese año vemos una segunda mención en un historial en 1915 y el accidente de 1920 en que se señala la operación de dacriocistitis. No habrá más menciones hasta 1925. El carácter extraordinario de las dos menciones permite hablar de un vacío de 15 años en el registro de la dacriocistitis. Una vez más, ¿mayor frecuencia de los casos o cambios inherentes a la fuente? La respuesta puede venir de la mano de las rutinas que se establecen en el hospital, prestando atención a determinados signos y dejando de lado otros menos relevantes.

### *Diagnósticos sobre utilidad*

De los siete casos con dacriocistitis –descontados aquellos en que solo se señala la operación–, tenemos cuatro con objeciones a la admisión del obrero:

- # 904,1106 Junto a la dacriocistitis el médico señala “constitución débil” concluyendo su reconocimiento con “que conste si lo admiten”.
- # 907,0129 “Dacriocistitis supurada ambos ojos principalmente izquierdo, esto no le impide trabajar pero llegará posiblemente el caso de que se le pondrán malos y dirá que es del trabajo”. Diagnóstico preventivo.
- # 909,0718 “no debe admitirse. Tiene dacriocistitis en ambos ojos (infección de las vías lagrimales). Debe curarse antes de pedir trabajo”. Dos años más tarde encontramos un parte de accidente por herida por dilaceración. Debió entrar tras el reconocimiento.
- # 930,0269 “Útil. Curada conjuntivitis. Hoy tiene dacriocistitis ojo derecho. Conviene no trabaje en sitios de polvo, podría irritar la conjuntivitis ya predispuesta a estar bañada en lágrimas, pues está obstruido conducto lagrimal”. Intención profiláctica.

### **1.6.3. Complicaciones, agravamientos, proximidad a otras menciones**

De los 24 casos con infección lagrimal tenemos ocho en los que esta aparece en un mismo historial junto a otras afecciones en su mayoría de tipo infeccioso. Las infecciones lagrimales se sitúan así en el recorrido de diferentes procesos infecciosos, como una más de las diferentes manifestaciones de un mismo medio patógeno.

En dos ocasiones aparece junto a blefaritis, en otras dos junto a queratitis o queratoconjuntivitis y una más junto a tracoma.

### *Blefaritis crónica*

# 908,0322 Con trayectoria en trabajos de interior e industria química. A la entrada blefaritis crónica en ambos ojos, “leve hoy”. Siete años después tiene catarro de vías lagrimales.

# 917,0823 Infección lagrimal a la entrada. 18 meses después, blefaritis crónica.

# 904,0677 39 años de observación en trabajos de interior. Es sifilítico y presenta numerosos problemas oculares. Desde el primer año figura con orzuelos y una vez más al cuarto año en observación. En este último registran también blefaritis crónica e infección de lagrimales. A los 10 años en observación encontramos conjuntivitis y un año más tarde un genérico “padece de los ojos” junto a su condición de sifilítico. A partir del año 13 figurará sistemáticamente una blefaritis crónica que únicamente dejará de aparecer en su último reconocimiento aunque todos ellos están llenos de indicaciones a otros reconocimientos.

### *Queratitis intersticial por sarampión (bacteriana)*

# 914,0733 A la entrada se le detectan “estigmas de infección catarral [vías] lagrimales”. En el mismo reconocimiento se recoge que “pretendió hacer pasar [por accidente] una queratitis intersticial en ojo derecho” que padeció “cuando el sarampión de niño”.

### *Queratoconjuntivitis*

La deficiencia de la película lagrimal o bien una dacriocistitis crónica pueden provocar una pérdida de la integridad del epitelio corneal y favorecer así la entrada de bacterias que terminen provocando la queratitis:

# 930,0269 Útil sin más indicaciones a la entrada. Con dos años en observación “presenta **queratoconjuntivitis doble** y no debe entrar al trabajo por lo menos hasta encontrarse mejorado”. Otro reconocimiento un mes después: “no debe trabajar en sitios donde haya polvo, por lo menos debe esperar algunos meses a ver si sus ojos mejoran algo”. Dos meses más tarde vuelve a reconocerse: “seguimos opinando que no puede ni debe trabajar en sitios de polvo, y que ni son ojos los de este muchacho para trabajos industriales”. Once meses más tarde, “útil, curada conjuntivitis, hoy tiene **dacriocistitis** ojo derecho. Conviene no trabaje en sitios de polvo, podría irritar la conjuntivitis ya predispuesta al estar bañada en lágrimas, pues esta obstruido conducto lagrimal”. Dos meses más tarde, “útil, **operado de rija** [dacriocistorrinostomía] derecha”.

### *Úlcera corneal*

Es una de las principales complicaciones de la dacriocistitis. Hay que hacer notar que en las observaciones no se habla de dacriocistitis sino de vías lagrimales supuradas, lo que llama la atención sobre la importancia de no quedarse preso de los diagnósticos.

# 908,1516 14 años de observación en trabajos de interior. A la entrada, “**supuración de vías lagrimales** en ojo izquierdo”. 16 meses más tarde, “**vía lagrimal**

izquierda **infectada**". Cinco meses después, parte en que se recogen "2 pequeñas **ulceraciones córnea** ojo izquierdo debidas a sepsis de vías lagrimales. Se dio conocimiento a la alcaldía para que reconocieran que no era accidente de trabajo. Se curó antes que contestara la alcaldía". Casi nueve años más tarde continúa el problema: "admisión condicional. Le supuran las vías lagrimales del ojo izquierdo que llegan a estropear ojos. Debe tratarse en un hospital esto, por lo demás tiene alguna propensión herniaria, pero es admisible". Casi un año más tarde es "admisble, le supuran las vías lagrimales, y tiene propensión herniaria. Que conste". Cuatro meses después desaparece ya la mención a la infección lagrimal: "admisible, tiene propensión herniaria", aunque el reconocimiento cuenta con numerosas remisiones a otros anteriores. Más de dos años después, en su último reconocimiento, que será también su última observación, es "útil, meñique izquierdo anquilosado", también con numerosas referencias de reconocimientos anteriores. Aquí ha desaparecido la mención a la infección lagrimal y a la propensión herniaria.

### *Tracoma*

El siguiente caso se analizará con más atención en el apartado dedicado al tracoma.

# 905,0308 41 años de observación en trabajos de interior. A la entrada, **mancha en ojo** derecho que se sigue registrando hasta 5 años después. A los 11 años de observación, "no tiene visión en el ojo derecho, hay epifora e **infección lagrimal**, propensión a hernias inguinales". Un año más tarde se precisará el origen de las manchas: "no tiene visión para el trabajo (1/10) por manchas en ambos ojos a causa de **tracoma**". Quince años más tarde seguirá señalándose el tracoma como causa de la opacidad corneal.

### *Mancha corneal*

# 910,1087 24 años en observación. Primera mitad en trabajos de interior, el resto en industria química. A la entrada se le detecta escasez de desarrollo físico y cicatriz de laparotomía. Antes de cumplir el año, un nuevo reconocimiento registra la misma cicatriz y una mancha corneal en ojo izquierdo. Los siguientes reconocimientos seguirán registrando la mancha hasta que, en su undécimo año de observación, una contusión en el ojo izquierdo provoca que el médico registre en un parte la operación de dacriocistitis en ese mismo ojo. El resultado será "alta con pequeña opacidad por cicatriz corneal". Los dos reconocimientos que seguirán registrarán la operación de dacriocistitis.

### *Sífilis*

# 911,1032 17 años de observación en trabajos de interior e industria metalúrgica. A la entrada es "admisble al trabajo débil", sin más razones. Cuatro años más tarde: "admisble condicional por tener vías lagrimales infestadas, sifilítico". En los dos reconocimientos siguientes, aparecidos 13 años después, solo se menciona una propensión herniaria y varices.

# 904,0677 Otro caso de sífilis. Analizado en blefaritis y conjuntivitis.

#### 1.6.4. Recomendaciones médicas

Existe un único caso (930,0269), ya comentado, que, a partir de su segundo año en observación, generará, a lo largo de trece meses, cuatro reconocimientos plagados de una recomendación repetida: “seguimos opinando que no puede ni debe trabajar en sitios de polvo, y que ni son ojos los de este muchacho para trabajos industriales”. Dos meses después de su último reconocimiento con recomendación encontramos otro nuevo: “útil, operado de rija [dacriocistorrinostomía] derecha”. La operación ha acallado toda recomendación como las que, hasta apenas dos meses antes, se realizaban repetidamente.

### 1.7. Trayectorias con menciones a conjuntivitis

#### *Momento del calendario*

Hasta 1920 tenemos un total de 21 casos. En ellos, la conjuntivitis aparece únicamente en reconocimientos. En 14 a la entrada, indicando el carácter preventivo del diagnóstico. ¿Solo se encontraban a la entrada o es que solo se señalan en la entrada y después carece de importancia su registro?

Los partes con conjuntivitis no aparecen hasta 1925. A partir de esta fecha encontramos 39 casos, de los cuales solo seis son reconocimientos y los otros 33 son partes de accidente. ¿Por qué no hay ni un solo parte con anterioridad a esa fecha?

Por otro lado, tenemos 61 observaciones de conjuntivitis repartidas entre 60 historiales. A pesar de su elevado número, tan solo tenemos un historial con dos menciones de conjuntivitis.

Por todo ello concluyo que la conjuntivitis está infrarrepresentada. Quizás en un primer periodo se diagnosticó de manera preventiva, apareciendo en los reconocimientos con idea de evitar accidentes simulados. Si hubo alguno en esos historiales no dejó rastro.

#### *Negación de accidente*

Con el tiempo, los diagnósticos preventivos dejarían paso a la controversia en torno al accidente en sí mismo, se pasó así de los reconocimientos a los partes de accidente. Como se ha dicho, a partir de 1925 apenas encontramos menciones a conjuntivitis salvo en partes de accidente. En determinadas ocasiones (8) se utiliza como argumento para denegar el accidente. Como en los siguientes casos:

- El obrero acude a la enfermería y tras la revisión médica el informe concluye: “conjuntivitis ojo derecho. No se apreció señal ninguna de accidente (entrada y salida)” (922,0429).
- O bien “dice que contusión en globo ocular izquierdo. No se aprecia nada de accidente y sí una ligera conjuntivitis lagrimal” (915,0156).

La gravedad declarada por el obrero no es óbice para devolver la papeleta negando así el accidente: “devuelta papelilla por médico a ingeniero: conjuntivitis doble más

agudizada ojo izquierdo, que no constituye accidente. Nos dijo le había entrado pedazo cartón de amianto impregnado de ácido. Presentaba flictena<sup>46</sup>...” (925,0171)

La forma de abordar el problema queda clara en el siguiente comentario: “no tiene cuerpo extraño, tiene conjuntivitis sub-aguda izquierda e iniciada en lado derecho. Que siga trabajando o se cure por su cuenta (entrada y salida).” (920,1534).

El papel del médico dirimiendo el carácter o no de accidente de trabajo queda claro en dos casos en los que se espera el dictamen experto:

- Nota del servicio solicitando su reconocimiento en el hospital. El médico concluye conjuntivitis en el ojo izquierdo (926,0410).
- “Conjuntivitis catarral más acentuada en ojo izquierdo. Puse nota que podía seguir trabajando diciéndole no era del trabajo” (la nota del ingeniero decía: “se ha enclavado partícula hierro trabajando. Esperamos dictamen para entregar o no baja”) (929,0707).

### *Entrada y Salida*

Encontramos también ocho casos en los que el accidente no genera parte, más otros dos en los que se devuelve papeleta. Son los que figuran como “entrada y salida”. Se trata de curas leves, sin baja. Coinciden algunas con accidentes denegados tras lo cual el obrero es devuelto al tajo.

### *Proximidad a otras menciones*

#### *Agresiones: partículas y cuerpos extraños, conjuntivitis traumática, quemadura*

En varias ocasiones encontramos la conjuntivitis en un mismo historial con diversos tipos de agresiones oculares. En estos casos, la reincidencia de lesiones en un mismo ojo suele ser frecuente. Existe sin embargo entre el registro de la conjuntivitis y la aparición de otras agresiones una distancia temporal mínima de cinco años que dificulta el establecimiento de una relación causal directa. En tres casos encontramos la excepción:

- # 911,0374 A los 24 años de observación presenta un parte por conjuntivitis traumática en ojo derecho. Al mes siguiente se apunta en un nuevo parte una conjuntivitis en ambos ojos.
- # 913,1514 Con dos años en observación, presenta “queratitis puntiforme o ulcerosa ojo izquierdo y blefaroconjuntivitis derecho. No ha sufrido golpe como dice pero no lo puedo desechar por ser posible”. Menos de cuatro meses después, se recoge en un reconocimiento: “admisible condicional con propensión a hernia y a conjuntivitis”.

---

<sup>46</sup> La **conjuntivitis flictenular** es una inflamación de la conjuntiva por hipersensibilidad a antígenos derivados de *Staphylococcus aureus*. Esta conjuntivitis provoca sobre todo sensación de cuerpo extraño, ardor y lagrimeo. Tiene como signos la aparición de una vesícula redondeada, blanca o rosada, dentro de una zona hiperémica localizada y generalmente pegada al limbo.

# 929,1084 Con cinco años cumplidos en observación, cuerpo extraño en ojo derecho. Seis años más tarde, en un parte se registra conjuntivitis en el ángulo interior del ojo derecho. Dos meses después otro accidente: “partícula en ojo derecho. Extraída”. O quizás le retiraran lo que pasó por conjuntivitis sin más dos meses antes.

#### *Úlcera corneal*

# 922,1484 22 años de observación en trabajos de interior. Sin mención ocular hasta los 16 años cuando señalan, en un parte de accidente: “úlceras central en córnea ojo derecho”. Casi cuatro años después sufre una conjuntivitis, registrada en un parte, en el ojo izquierdo. Año y medio más tarde vuelve a registrar un parte con “úlceras central en córnea ojo izquierdo”. Baile de ojos, del derecho al izquierdo, y grandes vacíos entre un suceso y el siguiente. Pero nos podemos plantear la posibilidad de que exista alguna dolencia de base.

#### *Queratitis puntiforme o ulcerosa*

# 913,1514 9 años en observación en hullera y talleres. A los dos, un parte registra una “queratitis puntiforme o ulcerosa” en el ojo izquierdo y blefaroconjuntivitis que pone en duda al médico sobre el diagnóstico: “no ha sufrido golpe como dice pero no lo puedo desechar por ser posible”. Antes de los cuatro meses pasa por un reconocimiento en el que se señala propensión a conjuntivitis.

#### *Pterigión*

# 925,0145 9 años en observación en trabajos mineros de superficie. Con cuatro años, un parte recoge partícula extraña en ojo izquierdo. Cinco años después vuelve a ser atendido en la enfermería, esta vez por una conjuntivitis que no generará baja (de entrada y salida). Cuatro meses después encontramos un nuevo parte de accidente en el que se recoge “pterigión ajeno a accidente del trabajo”. Será su última observación.

#### *Papiloma*

# 914,0808 24 años en observación como vagonero y picador en el interior de las minas. A los 16 años se le detecta una conjuntivitis doble catarral y un papiloma en el ángulo interno del ojo derecho. En los dos reconocimientos siguientes, con 17 y 21 años, vuelve a aparecer el mismo papiloma sin que se señale la conjuntivitis. El siguiente reconocimiento, que será también su última observación, figurará con un escueto útil.

#### *Tracoma*

# 915,1551 24 años en observación como minero de fondo. A los diez “tracoma doble”. Cinco años después repite “tracoma doble”. En su última observación, tras 24 años en la Compañía, tan solo se señala una conjuntivitis crónica.

#### *Blefaritis y blefaritis crónica, blefaroconjuntivitis y conjuntivitis oculo-palpebral*

Son numerosos los casos en los que la conjuntivitis aparece en un mismo historial junto a las diferentes designaciones de blefaritis: blefaritis, blefaroconjuntivitis y conjuntivitis óculo-palpebral. La difusa línea entre blefaritis y conjuntivitis no permitiría una clara separación mediante los análisis rutinarios que se practicarían en



el hospital. Por otra parte, carecía de importancia la distinción entre una y otra. Ambas serían afecciones de tipo infeccioso, o debidas al medio seco y polvoriento o bien resultado de continuas y diferentes agresiones.

Salto del párpado a la conjuntiva y vuelta atrás. La separación entre unos y otros no debía ser sencilla y ambos debían formar parte de un mismo proceso, que es el que aquí no se explicita.

# 904,0677 24 años en observación pasando por casi todos los cargos en trabajos de interior. Es sífilítico diagnosticado desde el noveno año de observación. Desde la entrada se registran orzuelos, foliculitis de pestañas. A partir del cuarto año se le detecta una blefaritis crónica que le seguirá prácticamente hasta su última observación. Con diez años en observación se registra una conjuntivitis que casi dos años después figura como “padece de ojos”.

# 910,0739 38 años en observación con una primera parte en el interior de las minas y una segunda en industria química. Sin menciones oculares hasta los 13 años en que se registra una blefaroconjuntivitis crónica. Cinco años más tarde, después de figurar la blefaroconjuntivitis en todos los reconocimientos realizados durante ese periodo, encontramos una “ligera conjuntivitis”, a partir de la cual figurará únicamente blefaritis crónica en todos los reconocimientos de los dos años siguientes. Solo quedarán dos reconocimientos más en los que aparecerá como útil.

# 910,1088 12 años en observación en labores mineras de fondo. Se detecta “escasísimo desarrollo físico” a la entrada. Antes de un año se registra que “padece blefaritis y propenso a orzuelos”. Cuatro años después, “ligera blefaritis”. Siete años después, “ojos actualmente con alguna infección vascular conjuntival”.

Encontramos también en estos historiales tres casos en los que se habla de conjuntivitis óculo-palpebral que entendemos asimilable a blefaroconjuntivitis.

## 1.8. Trayectorias con menciones a conjuntivitis traumática

### *Momento del calendario y de la trayectoria*

Encontramos una elevada concentración de este tipo de conjuntivitis en momentos avanzados de las trayectorias laborales. Más concretamente, en 25 casos, más de un tercio, estas agresiones tienen lugar en el último año de observación del historial. Están presentes a partir de 1930 o, en mayor medida, a partir de 1940, por lo que los historiales son de larga duración.

Varias son las explicaciones posibles. Por una parte, este tipo de agresiones solo ocurrirían en la fase final de las trayectorias, lo que se explicaría quizás por una mayor desprotección de los trabajadores de edad avanzada, o bien por tareas específicas que pudiesen ser desarrolladas por este tipo de trabajadores. Puede ocurrir también que este tipo de agresiones estén concentradas en un momento determinado del calendario (años 30 y 40) debido a cambios en la organización del trabajo que las favorecieran. Por otra parte, puede ocurrir que este tipo de agresiones se prodigasen a lo largo de toda la trayectoria y sin embargo no hayan dejado rastro, bien por ser de menor importancia, bien por rechazo a su consideración como accidente de trabajo,

aunque esto es poco probable dado que habrían aparecido como accidentes desestimados.

También se ve cierta concentración en los primeros años de observación. Esto ocurre hasta 1920, por lo que afectará solo a los historiales de las primeras cohortes.

## 1.9. Trayectorias con menciones a tracoma

Se ha marcado como tracoma todos aquellos casos en los que aparece alguna referencia a conjuntivitis granular. Así, encontramos cuatro historiales (de ocho) en los que figura granulación ojo, granulación conjuntival y otras variaciones. Existen otras cuatro menciones en las que se habla explícitamente de tracoma. En dos de ellas el tracoma se aporta como causa del signo que se señala (manchas en ojos y opacidad corneal posterior y también otro caso de blefaroptosis). Hay otros dos historiales en los que aparece tracoma por sí solo. En uno de estos últimos tan solo tenemos un reconocimiento donde se señala tracoma junto a un diagnóstico como *útil*. No tenemos constancia de su entrada efectiva al trabajo. Se ve por tanto que no existe cuidado en identificar al tracoma. El tracoma se señala únicamente por un exceso de celo profesional en algunos casos. Permanecerá oculto detrás de los signos que sí se identificarán: granulación, manchas, blefaroptosis...

### *Proximidad a otras menciones*

#### *Manchas e infección lagrimal, pérdida de visión*

# 905,0308 41 años en observación en trabajos de interior. Al comienzo de su historial encontramos mancha en ojo derecho. 11 años después epífora e infección lagrimal. Tres años después se menciona de nuevo las manchas “a causa de tracoma”. Al año siguiente se repite este último diagnóstico. 15 años después estamos ante “opacidad corneal a causa de tracoma”. En este historial encontramos una pérdida progresiva de la visión a causa del tracoma. Estando todavía en el primer año de observación, se identifica mancha en ojo derecho, “aunque por él ve bastante”. Cinco años después, “tiene una mancha en el ojo derecho que le impide alguna visión”. Cinco años más tarde “no tiene visión en el ojo derecho”, coincidiendo con la infección lagrimal. Tres años más tarde “no tiene visión (1/10) para el trabajo por manchas de ambos ojos a causa de tracoma”, aún permanecerá 27 años más en observación. Quince años más tarde: “útil, disminución de la agudeza visual por opacidad corneal a causa de tracoma de ambos ojos”. En su última observación, doce años más tarde, es simplemente *útil*.

#### *Blefaroptosis*

# 910,0445 29 años en observación en labores mineras de interior. A los 12 años se anota en un reconocimiento: “útil, ptosis palpebral derecha consecutiva a tracoma”. Solo tenemos una observación más 17 años después, un reconocimiento con un escueto *útil*.

#### *Conjuntivitis crónica*

# 915,1551 24 años en observación en trabajos de interior. Con 10, “útil, tracoma doble”. Cinco años después se vuelve a mencionar el tracoma doble en otro reconocimiento. Ocho años más tarde será *útil* en su penúltimo

reconocimiento. En su último reconocimiento y observación, al año siguiente, aparece “conjuntivitis crónica”.

#### *Queratitis ulcerosa*

# 915,1677 20 años en observación en trabajos de interior. En su decimoséptimo año, un reconocimiento señala: “actualmente padece una queratitis ulcerosa en ojo izquierdo”. Seis meses más tarde estamos ante “conjuntivitis granular ojo derecho y queratitis”.

#### *Escrófula*

# 916,0349 19 años en observación en talleres e industria metalúrgica. Al ingreso, el médico señala en el reconocimiento: “debe curarse la vista antes de entrar a trabajar, tiene alguna granulación en ojo derecho”. Dos meses después “está mejor de la vista”. El médico señala al mismo tiempo su condición de “escrofuloso”.

#### *Pterigión*

# 925,1053 15 años en observación en labores mineras de interior. A los 11 años, en lo que parece ser su entrada efectiva al trabajo, el médico señala que tiene pterigión en ojo derecho. Además ha padecido tracoma.

### **1.10. Trayectorias con menciones a queratoconjuntivitis**

#### *Igual número de menciones que de historiales*

Tenemos 16 historiales y 16 menciones. No figura dos veces en ningún historial. Son hechos aislados en el interior de las trayectorias.

#### *Casi todos partes de accidente*

De los 16 casos, 14 son partes de accidente. En consonancia, su distribución a lo largo de los diferentes historiales es más bien aleatoria, situándose en diferentes puntos de la trayectoria.

#### *Traumáticas o químicas*

Tenemos seis casos de queratoconjuntivitis (QC) traumáticas o químicas cuyo origen fortuito es explícito. Hay otras siete menciones en las que no se explicita ese origen fortuito por lo que no lo podemos confirmar ni descartar. En estos siete casos pueden encontrarse QC de origen fortuito o infeccioso. Si se diese esta última circunstancia, tendríamos un ejemplo claro en el que se aborda, desde la enfermería, las consecuencias de dolencias que, sin ser accidente, deben ser y son atendidas en aras de evitar problemas mayores.

#### *Infecciosas*

Hay tres casos claros en los que el origen no es fortuito (922,1010, 930,0269 y 930,0378). En el primero, se advierte, en el primer y único reconocimiento, que “padece queratoconjuntivitis crónica”. No tenemos posteriores observaciones de ese historial. ¿Logró entrar al trabajo?

En un segundo caso –analizado ya en el apartado de infecciones lagrimales– el médico anota “presenta queratoconjuntivitis doble y no debe entrar al trabajo por lo menos hasta encontrarse mejorado”. Junto al diagnóstico eleva una recomendación para que se retrase su entrada, quedando condicionada a su recuperación. En el mismo historial seguirán apareciendo reconocimientos en los que se reitera la misma recomendación. Interesa advertir aquí que el médico anota la conveniencia de no admitirlo hasta encontrarse curado –sin mencionar explícitamente la QC. De acuerdo con este comentario, interesaría la detección y el tratamiento de la QC, una detección que no vemos que ocurra en nuestros datos puesto que solo encontramos dos casos en los que se señala la QC en un reconocimiento, como padecimiento previo y no sobrevenido.

Otra enseñanza sacamos de este caso: existen casos de QC que no dejan reflejo en los papeles del hospital. Aquí solo han aparecido los casos sobrevenidos, principalmente los casos traumáticos, y aquellos en los que se diagnostica QC para eliminar la posibilidad de hacerlos pasar por accidente. De esta última QC no habríamos tenido noticia si no se hubiese presentado el caso de una supuesta simulación tal y como la describe el médico. Luego existirán otros casos de QC que no aparezcan aunque sí se dieran. La pregunta es cuántos. Junto a ellos, un par de casos sí mencionados en los reconocimientos.

El tercer caso de QC infecciosa lo encontramos en un parte para negar el accidente con resultado de *entrada y salida*, sin baja. El médico anota “queratoconjuntivitis ojo izquierdo y conjuntivitis ojo derecho. Confiesa ante testigos que ya fue al trabajo con los ojos malos y que barriendo le ha entrado una mota ¡qué casualidad! Simulador, inadmisible. Entrada y salida”. A diferencia de lo que ocurre con la conjuntivitis, en la QC no se prodigan los casos utilizados para negar el origen laboral de la afección. Este caso pone de manifiesto igualmente que la relación entre el trabajo y la dolencia ha de ser inmediata e inequívoca y no admitir ninguna otra explicación.

### *Partes de entrada y salida*

Tenemos dos casos de partes de entrada y salida –sin producir baja, únicamente una primera cura y vuelta al tajo. Uno “porque quiso seguir trabajando” y otro el ya comentado en el que el médico advierte simulación.

### *Proximidad a otras menciones*

#### *Similitudes con conjuntivitis y blefaroconjuntivitis*

# 908,0844 ya visto en conjuntivitis. Este caso nos habla de la dificultad para diferenciar entre conjuntivitis traumática y QC traumática. El miércoles 26 de julio de 1916, sufre una contusión en el ojo y el médico anota “queratoconjuntivitis traumática ojo derecho”. El miércoles siguiente, 2 de agosto, vuelve a registrar “conjuntivitis ocular derecha por contusión (hace referencia al accidente anterior)”.

En general, se puede decir que la QC presenta un cuadro de registros similar al de la conjuntivitis y parecido también al de la blefaroconjuntivitis. El mismo número de

historiales que de menciones, con dolencias que no dejan habitualmente registro, salvo para negar falsos accidentes.

#### *Blefarconjuntivitis*

# 905,0498 41 años en observación en trabajos de interior. Con tres meses cumplidos en observación presenta un parte por “blefarconjuntivitis séptica de ambos ojos”. 28 años después, “queratoconjuntivitis en ojo derecho”. Demasiado tiempo entre ambas como para confirmar relación.

#### *Conjuntivitis química y queratitis ulcerosa*

# 912,0817 32 años en observación en labores mineras de superficie. Con 16 años, “queratoconjuntivitis derecha”. 16 meses después, “conjuntivitis química en ojo derecho”. Cinco meses más tarde, de nuevo “conjuntivitis química en ojo derecho”. Tres años después de este último, “queratitis ulcerosa con hipopión y edema palpebral”.

#### *Dacriocistitis*

#930,0269 Ya comentado en infección lagrimal. Cinco años cumplidos en observación en otros establecimientos del complejo de Peñarroya. Con dos años cumplidos, presenta QC doble “y no debe entrar al trabajo por lo menos hasta encontrarse mejorado”. Un mes después se reitera la recomendación. En esta ocasión tampoco entraría a trabajar porque, dos meses después, se repite la recomendación en otro reconocimiento. Un año tardará en volver a aparecer con el mismo resultado y una dacriocistitis. No será hasta dos meses después, dieciséis meses contados a partir de la QC doble, en que pueda entrar después de haber sido operado de rija (dacriocistitis). Al año siguiente aparecerá con un parte de accidente.

#### *Conjuntivitis*

# 930,0378 Cinco años cumplidos en observación en diferentes labores mineras y no mineras. A los cuatro meses de su ingreso aparece un parte –ya comentado por negación de accidente– en el que coinciden una queratoconjuntivitis en el ojo izquierdo y una conjuntivitis en el derecho. Se negó el accidente dado que “confiesa ante testigos que ya fue al trabajo con los ojos malos”.

#### *Queratitis traumática*

# 915,1282 33 años en observación como herrero en talleres. Con un año, parte por QC traumática en ojo izquierdo. Once años después presenta un nuevo parte por queratitis traumática en ojo izquierdo.

## 2. Córnea, cristalino y úvea

### 2.1. Trayectorias con menciones a pterigión

#### *Temporalidad*

El pterigión no presenta una pauta clara de distribución a lo largo de la trayectoria y, dado que es un cuadro degenerativo en respuesta a la sequedad, sería firme candidato a la lista de signos de patologías profesionales. De los siete casos de que disponemos, en uno aparece a la entrada y en otro al año de observación. En los demás casos, no transcurre un periodo inferior a 8 años desde el ingreso del trabajador hasta la detección del pterigión. El registro no parece demasiado exhaustivo a tenor del caso 908,0634, en el que transcurren 15 años y cuatro reconocimientos sin señalarlo desde la segunda mención del mismo hasta el reconocimiento en que aparece como operado de pterigión. Sin embargo, 912,0102 tiene cuatro menciones en 6 años con un único reconocimiento en medio sin mención a pterigión –aunque lleno de indicaciones a otros exámenes médicos.

Aunque su carácter degenerativo generaría resistencias a su registro, puede que el hecho de que suponga un menoscabo de la utilidad de la mano de obra lo haya favorecido.

#### *Proximidad a otras menciones*

##### *Blefaritis*

# 907,0404 10 años en observación en industria metalúrgica y labores mineras de interior. A la entrada, “propensión a padecer de la vista y en ojo derecho hay blefaritis (punto lagrimal superior)”. Siete partes de accidente los siguientes diez años de observación hasta que, en un nuevo y último reconocimiento –última observación–, se recoge: “pterigión lado derecho, padecía de la vista”. La blefaritis se ha transformado en pterigión.

##### *Conjuntivitis*

# 925,0145 Nueve años en observación en trabajos mineros de superficie. A los cuatro años, se le extrae una partícula en córnea izquierda. Cinco años después, parte de *entrada y salida* por una conjuntivitis. Cuatro meses después tenemos un “pterigión ajeno a accidente”.

##### *Conjuntivitis química*

# 908,0634 Citado más arriba. 27 años en observación en labores mineras de interior. A la entrada, “útil, conjuntivitis brea”. Con ocho años cumplidos presenta pterigión que, al año, sabemos que es “interno ojo derecho”. No hay más menciones en los diferentes reconocimientos que tenemos hasta 15 años después, cuando figura “operado de pterigión derecho”. Aún permanecerá tres años más en observación.

*Tracoma*

# 925,1053 15 años en observación en industria química y en labores mineras de interior. Al cabo de 11 años lo encontramos “Útil, tiene pterigión ojo derecho, ha padecido tracoma y cicatriz de úlceras antiguas”. Las siguientes observaciones hasta la salida de observación serán partes sin relación alguna con los ojos.

*Sífilis*

# 908,0634 Sospecha de sífilis: “Tiene ganglios inguinales seguramente por sífilis” (1914).

## **2.2. Trayectorias con menciones a manchas y opacidades corneales**

En la documentación parece haber cierta confusión entre las categorías de manchas, opacidades y leucoma. Aparecen de forma indiferenciada en las distintas fases de los historiales. La gravedad de cada caso se puede apreciar en las anotaciones sobre la deficiencia visual, que parecen ser bastante fiables por su consistencia a lo largo del tiempo. En ocasiones se aprecia un empeoramiento del diagnóstico a través de un aumento de la pérdida de visión.

Las manchas se identifican fundamentalmente a la entrada, en ocasiones por dolencias de niño. La mayoría de las veces tienen seguimiento a lo largo de la trayectoria. Cuando apenas afectan a la visión no son objeto de atención, pero cuando sí afectan son seguidas con interés.

*Momento del calendario*

En C1 tenemos 26 historiales, 17 en C2 y 5 en C3. La reducción es clara. No desaparecen las menciones en los últimos años de observación, por lo que los indicios no señalan una desatención de este tipo de dolencias –lo que ocurriría de seguir existiendo los casos sin ser registrados. Parece, más bien, una reducción en el número de casos que llegan con manchas u opacidades. Si estos casos se acercan en menor número puede deberse a que, o bien desisten de intentar su entrada conociendo de antemano la negativa resultante –negativa que tampoco se aprecia– o, con mayor probabilidad, a una menor prevalencia de este tipo de problemas oculares en los entornos de reclutamiento de estos trabajadores.

*Momento de la trayectoria*

Las manchas oculares aparecen en numerosos casos (37 de 48) en la entrada a observación o, en su defecto, en el primer reconocimiento del historial. Se trata por tanto de una dolencia previa al trabajo, provocada en muchos casos por afecciones padecidas en la infancia, *de niño*. No tratamos con enfermedades degenerativas que surgen a mitad de la trayectoria. El hecho de que se detecten en su mayoría al ingreso tiene dos implicaciones. La primera es que se trata de enfermedades que no se generan en el medio laboral, siendo previas a este. Sin embargo, el hecho de que no se encuentre el medio laboral en el origen no significa que este no pueda afectar a su evolución. Se discutirá al hablar de esta última. La segunda implicación tiene que ver

con la exhaustividad del registro. Si tres de cada cuatro manchas se anotan a la entrada significa que cada vez que se detecta una mancha esta queda registrada en el historial. Podemos pensar que la gran mayoría de las manchas y opacidades oculares que hay en la Sociedad aparecen consignadas en nuestras observaciones. La exhaustividad en el registro queda patente en los historiales que registran manchas y opacidades hasta el último reconocimiento.

A partir de las dos aseveraciones anteriores se puede realizar una apreciación añadida: el caso de las manchas oculares es único desde el momento en que las encontramos registradas hasta la última de las observaciones. Si habitualmente encontramos un escueto *útil* en los últimos reconocimientos, esto mismo no ocurre con la manchas ¿Por qué? Porque el origen de la dolencia no es –o no se considera sea– el desgaste ocurrido a consecuencia del trabajo, sino una dolencia previa a la admisión del trabajador y este hecho debe ser recordado para que, de producirse una incapacidad por este motivo, esta no pueda ser achacable a la Sociedad.

### *Diagnósticos sobre utilidad*

Cuando en un reconocimiento se detecta una mancha ocular, la principal función del médico es la de establecer en qué medida dicha mancha puede afectar a la visión necesaria para el trabajo:

- “Tiene una pequeñísima manchita en ojo derecho pero no importa nada a la visión” (907,0411: 1909)
- “Leucoma en ojo derecho que no le impide para su trabajo” (904,1200: 1933)
- “Ligera mancha ojo derecho pero permite visión para el trabajo” (909,0991: 1911)

A partir de ahí, el médico emite, apoyándose en su conocimiento experto, una valoración de la utilidad del obrero o candidato. Los resultados encontrados son los que figuran en la Tabla 22:

**Tabla 22. Utilidad en manchas y opacidades**

Utilidad	%	N
Útil	13,5	12
Útil con peros o firma	13,5	12
Admisible, defectuoso	30,3	27
No le impide ver	5,6	5
No tiene otro defecto	6,7	6
No tiene visión	5,6	5
Inadmisible, a otro trabajo	5,6	5
Sin datos	19,1	17
Total	100,0	89

Fuente: HMP reconocimientos médicos. Elaboración propia.



Por lo que se ve en la tabla anterior, un primer tercio señala la utilidad a secas o con algún inconveniente. Un segundo tercio lo forman los admisibles. El resto de casos se componen de un 20 por ciento en los que no se indica utilidad, un diez por ciento abiertamente inadmisibles o que no tienen visión para el trabajo y un diez por ciento restante en los que se señala el problema pero no se aprecia menoscabo de la utilidad.

En general, la detección de manchas en el ojo se suele combinar con declaraciones en las que se señala que el candidato es *útil* y, casi en igual medida, *admisible*. Puede aparecer “pero conste” señalando su defecto. El diagnóstico no parece suponer una dificultad para la admisión: “útil con eso” (904,1200: 1904), “aprovechable para algo, pero donde no tenga exposición” (906,0375: 1914) “aprovechable para un trabajo de día y al exterior” (904,0141: 1912). Cuando se señala **pérdida de visión** suele hacerse constar la firma del obrero: “Admisible. Tiene firmada la pérdida de visión del ojo izquierdo” (909,0390: 1935). La firma se requiere en contadas ocasiones y suele aparecer una vez avanzado el historial, cuando ya se ha constatado el problema en diversos reconocimientos anteriores.

Como ya sabemos, las valoraciones sobre la utilidad de los candidatos distan mucho de seguir un criterio más o menos uniforme. En este sentido, la pérdida de visión que puede acompañar a una mancha no deriva necesariamente en una valoración desfavorable a la admisión del trabajador. Concretamente, la falta de visión aprovechable no siempre supone la declaración de inutilidad. En la primera observación de un obrero se dirá: “No tiene visión aprovechable, admisible, manchas ambas córneas más lado derecho” (917,0393: 1917, no hay más observaciones de este historial). Compárese con este otro caso: “Inadmisible, por la falta de visión, tiene manchas” (918,1042: 1918). Cuatro años después, este último era considerado “inadmisible. Inútil por tener manchas en ambos ojos porque disminuye mucho la visión”. O este otro primer reconocimiento: “Útil. Tiene mancha en córnea derecha que casi le impide la visión. Firman por él dos testigos aquí” (923,0764: 1923).

De acuerdo con la lógica paternalista, un criterio de primer orden lo constituía el hecho de que hubiese ocurrido al servicio de o bien al contrario fuese “ajeno a la sociedad”. Ya se ha comentado: “1º [primer reconocimiento], antes campo, inadmisible, tiene mancha en ojo izquierdo, débil de ingles y no trabajó aquí” (920,1795: 1920). En este compendio de razones no sabemos cuál pesó más, aunque probablemente lo fue la combinación de los tres argumentos. Frente a este caso, tenemos otro que, tras cumplir 23 años en observación declara el médico: “útil. Leucoma con pérdida completa de la visión derecha. Varicocele doble” (915,0426: 1938). Será su última observación. Más adelante se abundará en la discusión sobre la pérdida de visión.

### *Exhaustividad del seguimiento*

Como ya hemos comentado, el seguimiento es bastante exhaustivo. De los 47 historiales con menciones a manchas o similares (opacidad y leucoma) encontramos 21 que únicamente tienen una sola mención a lo largo del historial. En cinco de ellos el motivo es que solo tienen una observación o un único reconocimiento. En los 16 que restan tenemos habitualmente referencias a la escasa gravedad o importancia de la mancha: “ligerísima mancha” (905,0326). Cuando se detecta mancha y no se especifica

pérdida de visión, no vuelve a registrarse su presencia en el historial. Con una salvedad:

# 920,1795 Recoge en 1920 su única mención a manchas oculares: “Inadmisible. Tiene mancha en ojo izquierdo, débil de ingles y no trabajó aquí”. Considero que, en este caso, la condición de inadmisible tiene que ver más con la debilidad de ingles que con la mancha o, principalmente, con la conjunción de los tres elementos señalados. Siendo esta su primera observación, permanecerá en observación un total de 16 años con parte que verifica su ingreso.

Cuando la mancha afecta a la visión, o deja constancia en sucesivos reconocimientos o encontramos que se cierra el historial –aunque no se haga inmediatamente. Como en este caso:

# 912,0181 2 años en observación. En la primera: “mancha ojo izquierdo que impide visión. Tuerto para los efectos de la ley de accidentes. Devuelta la papeleta”. Dos años más tarde sufre una pequeña herida contusa y ya no volvemos a tener noticias de él.

Pero también encontramos algún caso, aislado, en que no ocurre así:

# 920,1795 16 años en observación. Al entrar: “Antes en el campo. Inadmisible. Tiene mancha en ojo izquierdo, débil de ingles y no trabajó aquí”. A los dos años es simplemente “útil” en un reconocimiento. En su siguiente observación, 14 años más tarde, vuelve a ser “útil”.

Mención aparte merece el caso en que la mancha desaparece en menos de un año:

# 909,0553 En abril de 1918 se le diagnostica “admisible condicional, pues del ojo derecho no ve bien, su visión es 1/4 y tiene blefaritis y mancha en la córnea del mismo”. El último día de febrero de 1919 el médico reseña: “Ha desaparecido mancha ojo derecho y la lesión que padecía de 12 de abril de 1918”.

Otro caso similar de desaparición de manchas oculares despertará las sospechas del médico ante la posible suplantación de identidad:

# 913,0283 En noviembre de 1919 “no tiene visión aún para el trabajo a causa de las manchas centrales en las corneas de ambos ojos pues hoy es 1/8 la agudeza visual”. En marzo del año siguiente: “suponemos que no es el mismo pues aquel tenía manchas córneas con visión 1/8 y este no tiene nada, [ni] una penumbra que justifique su persona [...] nos extraña haber desaparecido de noviembre”.

Los 26 restantes en los que sí afecta a la visión tienen un seguimiento bastante exhaustivo. El diagnóstico figurará, en la misma o variada forma, es decir, con términos que pueden variar, en los diferentes reconocimientos del historial. Como ya se ha comentado, esta exhaustividad llega hasta el final de observación, una situación bastante llamativa teniendo en cuenta que los historiales prolongados en los que hemos ido encontrando todo tipo de dolencias previas terminan en numerosas ocasiones con reconocimientos en los que únicamente se registra *útil*. Aquí la mancha aparecerá hasta el último de ellos.

*Falta de continuidad en los diagnósticos*

Las menciones a manchas oculares y visión deficiente suelen mantenerse a lo largo de todo el historial aunque con diversas denominaciones. La unificación de ellas mostraría continuidad en los diagnósticos. Pocos casos encontramos con diagnósticos que no mencionan algún tipo de carencia en el funcionamiento de la vista. Dos excepciones:

- # 904,0141 Ocho años en observación mencionando la mancha en ojo. Vacío durante 12 años hasta dos nuevas observaciones muy seguidas en las que únicamente se consigna “Útil. Vacunado”.
- # 906,0446 Cinco años en observación recogiendo ligerísima mancha corneal. Último reconocimiento con 7 años en observación donde no se menciona la mancha.
- # 906,0882 17 años en observación. Siete reconocimientos. Solo en los realizados durante los dos primeros años encontramos referencia a visión  $\frac{1}{2}$  por ligerísima mancha. La principal preocupación parece ser la propensión herniaria que en el reconocimiento realizado tras 17 años de observación encontramos transformada ya en hernia.

*Términos utilizados*

En los historiales encontramos referencias a manchas en ojo, opacidades corneales, manchas en córnea, leucoma en algún caso. Visión poco útil, visión reducida. En un caso la opacidad está provocada por una queratitis intersticial.

- # 923,1334 Lo que al inicio se recoge como “dos leucomas sobre la córnea” figura a los 4 años en observación como “opacidad córnea, indicio de úlcera anterior”.
- # 904,1200 Lo que empieza y se mantiene durante 11 años en observación como mancha en ojo, aparece, al cabo de 29 años en observación, como leucoma.

*Recomendaciones médicas*

Tenemos numerosos casos. En ellos se señala la conveniencia de un cambio de entorno sin que se aprecie variación en la trayectoria laboral. Las recomendaciones profilácticas no parecen haber encontrado eco en los responsables de la organización del trabajo. Como tampoco parecen tener una mayor receptividad las recomendaciones relativas a la inadmisibilidad.

- # 913,1062 6 años en observación, todos en labores mineras de interior. Desde el primer reconocimiento tiene “manchas en ambas córneas que reducen la visión a  $\frac{1}{4}$ ”. Dos años después se confirman las manchas y se dice que “su visión es deficiente para el interior”. Permanece casi 5 años más en observación, en labores subterráneas, con accidentes que acreditan su presencia.
- # 914,0251 21 años en observación en labores mineras de interior. En el primer reconocimiento se señala: “No tiene visión para el trabajo. Padece crónicamente queratitis intersticiales ambos ojos con opacidad e infiltración”. Dos accidentes con 16 y 17 años en observación que acreditan su entrada efectiva.

- # 917, 0877 18 años en observación en industria química y como soldador en industria metalúrgica al menos los cuatro últimos años. Desde el primer reconocimiento se dice “padece de los ojos, debe terminar su cura, tiene además la incandescencia para esos oficios así como sus ojos, temperaturas altas no le conviene”.

### *Evolución*

Las manchas u opacidades se suelen consignar antes de entrar al trabajo. Además, este puede también agravar la dolencia previa. Esta parece ser una de las preocupaciones que están detrás de su registro exhaustivo: “En ojo izquierdo tiene dos manchas que a cualquier cosa que sufra en dicho ojo puede determinar la pérdida de visión” (904,0141: 1904). Tenemos varios casos con signos claros de empeoramiento del diagnóstico primero:

- # 904,0141 20 años en observación llegando hasta picador en labores mineras de interior con anotaciones intermedias en industria química (fundidor) e industria metalúrgica (calcinador). Sus siete primeros años pasan en el fondo de la mina repitiendo el mismo diagnóstico: “tiene ligeras manchas en los ojos que acreditan la mala constitución escrofulosa”. Durante este periodo se señala en las últimas anotaciones: “es aprovechable su agudeza visual”. Cinco meses después de su último reconocimiento en este sentido aparece otro diferente en el que se señala: “ligeras manchas en ambos ojos. La agudeza visual del derecho es  $\frac{1}{2}$  y la del izquierdo  $\frac{2}{3}$ . Es aprovechable para un trabajo de día y al exterior”. En esta ocasión, después de ocho años en el interior de la mina era propuesto por primera vez para fundidor en industria química. Doce años más tarde encontramos dos nuevos reconocimientos en los que se señala escuetamente útil, siendo propuesto para industria metalúrgica y, 21 días más tarde, para picador en labores mineras de interior. No habrá más observaciones.
- # 913,1062 Seis años en observación en trabajos de interior. A la entrada, “manchas en ambas córneas que limitan la visión a  $\frac{1}{4}$ ”. A los dos años de observación, “su visión es deficiente para el interior pues tiene manchas córneas tenues pero que limitan la visión (por sarampión)”. Con 4 años de observación se le detecta estrabismo. Con 5 años, “es estrábico y no ve del ojo derecho del sarampión”. Con 6, “Admisible condicional, firmando por pérdida visión ojo derecho (por sarampión)”.
- # 904,0177 16 años en observación en labores mineras de interior. Al ingreso, “ligero pannus ojo izquierdo”. A los 9 años: “no ve o ve muy poco. Refiere haber padecido de este ojo de pequeño. Se nota córnea infiltrada. Visión  $\frac{1}{10}$ ”. A los 11 años en observación “ya sabe ese servicio que del ojo izquierdo no ve como dije en [número de reconocimiento anterior]”. A partir de ahí, los reconocimientos repiten el mismo diagnóstico remitiendo al segundo de ellos.
- # 909,0390 25 años en observación en labores mineras de interior. Al entrar, “tiene una mancha en el ojo que le impide  $\frac{1}{2}$  visión”. A los 8 años en observación es “admisible, con mancha en ojo izquierdo que no ve. Trabajó ya en ese servicio”. A los 12, “tiene pérdida de visión casi absoluta”. A los 15 es “útil, mancha córnea ojo izquierdo que impide la visión. Firma”. A partir de ahí se repiten los diagnósticos de forma exhaustiva hasta la salida de observación.

En ambos casos, un diagnóstico inicial de manchas en la córnea o ligero pannus se transforma, en el intervalo de unos 5 a 9 años, en otro más concluyente: “no ve”. No sabemos si se trata de una simplificación del diagnóstico o bien hay realmente una pérdida significativa de visión en ese periodo.

# 925,0794 Siete años en observación en otras industrias del complejo de Peñarroya. A la entrada, “tiene mancha extensa en córnea derecha”, pero aun así es útil. Cuatro años después se repite el diagnóstico. Al quinto año ya “tiene una incapacidad definida como es la pérdida de visión del ojo derecho”. Un año más tarde es declarado “inútil, tiene una incapacidad definida como es la pérdida de visión del ojo derecho. Dice que perdió el ojo trabajando de pequeño con un contratista (albañiles)”. No sabemos si se ha producido un agravamiento del diagnóstico o, más bien, un cambio en la valoración de su utilidad. Tres meses después se repite el diagnóstico pero aparece como “admisible por nota de la dirección”. No hay más observaciones.

### Causas

Debido a su carácter previo a la entrada en la sociedad, el médico buscará sin mucho empeño una causa que permita explicar la opacidad detectada. Con demasiada celeridad, dado que la causa puede aparecer en el tramo medio del historial, cuando ya se ha señalado la mancha en diversas ocasiones. Lo fundamental, una vez más, es si ocurrió o no al servicio de la sociedad: “grandes opacidades de córnea cuya incapacidad es **ajena a los trabajos de la sociedad**, la sufrió de pequeño” (919,0348: 1920 el destacado es mío).

De los casos con mancha en ojo en los que se da alguna explicación de la causa, encontramos los que remiten a la infancia: “de niño” (909,0991: 1916), “por sarampión siendo niño” (909,039: 1922).

No es raro ver manchas oculares asociadas a constitución predispuesta a infecciones que en pocos casos se vincula específicamente: “Tiene ligeras manchas en los ojos que acreditan la mala constitución escrofulosa<sup>47</sup>” (904,0141: 1905) o también “Ulceración y manchas consecutivas en córnea ojo derecho que disminuyen visión, naturaleza raquíctica constituyendo un característico baciloso” (913,1951: 1922).

En otro caso se aprecia una partícula incrustada como causante de manchita en ojo que apenas afecta a la visión:

# 907,0411 24 años en observación en trabajos de interior y en industria química. En su primer reconocimiento (1907) es “útil (padeció ojo derecho por incrustársele partícula pero no es defecto)”. Dos años más tarde (1909): “Útil. Tiene una pequeñísima manchita en ojo derecho pero no importa nada a la visión”.

También encontramos al tracoma detrás de estas manchas: “A causa de tracoma” (905,0308: 1919); agresiones: “Cicatriz parte superior córnea ojo derecho

<sup>47</sup> Según la RAE, escrófula es una “tumefacción fría de los ganglios linfáticos, principalmente cervicales, por lo común acompañada de un estado de debilidad general que predispone a las enfermedades infecciosas y sobre todo a la tuberculosis”.

consecuencia de quemadura” (910,1114: 1924); un angioma: “Mancha angiomatosa [en] órbita” (913,1876: 1914); o una úlcera previa: “Opacidad córnea ojo izquierdo indicio de úlcera anterior” (923,1334: 1927).

### *Proximidad a otras menciones*

#### *Tracoma, infección lagrimal*

En principio, el tracoma aparece junto a mancha u opacidad en un único caso ya analizado al hablar del tracoma (905,0308) y mencionado en el párrafo anterior. Ocurre, sin embargo, que la presencia de infecciones lagrimales se repite en al menos otros dos casos (910,1087 y 913,1951), lo que lleva a pensar que el tracoma podría encontrarse igualmente detrás de ellos.

# 905,0308 Ya mencionado en el apartado sobre tracoma. 41 años en observación en trabajos mineros de interior. Al ingreso, mancha en ojo derecho. 11 años después, epífora e infección lagrimal. Tres años después se mencionan de nuevo las manchas “a causa de tracoma”. Al año siguiente se repite este último diagnóstico. 15 años después estamos ante “opacidad corneal a causa de tracoma”. En este historial encontramos al mismo tiempo una pérdida progresiva de la visión a causa del tracoma. Estando todavía en el primer año de observación, se identifica mancha en ojo derecho “aunque por él ve bastante”. Cinco años después “tiene una mancha en el ojo derecho que le impide alguna visión”. Cinco años más tarde “no tiene visión en el ojo derecho”, coincidiendo con la infección lagrimal. Tres años más tarde “no tiene visión (1/10) para el trabajo por manchas de ambos ojos a causa de tracoma”, aún permanecerá 27 años más en observación. Transcurridos otros quince años, “útil, disminución de la agudeza visual por opacidad corneal a causa de tracoma de ambos ojos”. En su última observación, doce años más tarde, es simplemente útil.

# 910,1087 24 años en observación. Primera mitad en labores mineras de interior y el resto en industria química. A la entrada se le detecta escasez de desarrollo físico y cicatriz de laparotomía. Antes de cumplir el año, un nuevo reconocimiento registra la misma cicatriz y una mancha corneal en ojo izquierdo. Los siguientes reconocimientos seguirán registrando la mancha hasta que, en su undécimo año, una contusión en el ojo izquierdo provoca que el médico registre en un parte la operación de dacriocistitis en ese mismo ojo. El resultado será: “Alta con pequeña opacidad por cicatriz corneal”. Los dos reconocimientos que seguirán registrarán la operación de dacriocistitis.

# 913,1951 12 años en observación. A la entrada, “mancha ojo derecho cuya visión esta anulada o casi. Lagrimeo constante ambos ojos, con oclusión de las vías lagrimales”. A los ocho años, “ulceración y manchas consecutivas en córnea ojo derecho que disminuyen visión”. A los doce años, en su última observación, es “útil, pero presenta sobre la córnea del ojo derecho tres opacidades consecutivas o úlceras ya curadas”.

#### *Partícula extraña*

# 923,0764 Trece años de observación en labores mineras de interior. Al ingreso (1923), “tiene mancha en córnea derecha que casi le impide la visión”. El diagnóstico se repite hasta cumplir siete años de historial en la empresa

(1931). Su última observación ocurre cinco años después (1936), un parte de entrada y salida: “cuerpo extraño en córnea ojo izquierdo (entrada y salida)”. No parece haber relación entre la mancha y el cuerpo extraño que le entró con posterioridad en el otro ojo.

### Orzuelos

#908,0626 Orzuelo 25 años antes de ser diagnosticado como sin visión en un ojo “ajena a sociedad”. No parece haber relación.

### Blefaritis

# 909,0553 26 años en observación en labores mineras de interior. A los ocho años de su ingreso (1918) coinciden en el mismo reconocimiento una blefaritis y una mancha: “Del ojo derecho no ve bien, su visión es 1/4 y tiene blefaritis y mancha en la córnea del mismo”. Diez meses después (1919), “ha desaparecido mancha ojo derecho y la lesión que padecía”. La mancha parece vinculada a la blefaritis y pasajera como ella.

### Estrabismo

# 912,0217 Diez años en observación en labores mineras de interior. A la entrada (1912), se detecta velo en ojo derecho (pannus). Un año después es “estrábico ojo derecho”. El estrabismo seguirá presente en todos los reconocimientos hasta salida de observación.

# 913,1062 Seis años en observación en labores mineras de interior. Desde su entrada (1913) tiene “manchas en ambas córneas, que reducen la visión a 1/4”. Dos años después (1915) se recoge que las manchas son debidas a sarampión. A los cuatro años (1917) se señala que es estrábico. Al año siguiente (1918), anota: “estrábico y no ve del ojo derecho del sarampión”. El siguiente reconocimiento –última observación– señala que firma por la pérdida de la visión del ojo derecho sin que se mencione el estrabismo.

### Tuberculosis

# 904,0141 20 años en observación. Figuran manchas en los ocho primeros. En dos de los reconocimientos se vincula a las manchas con la constitución escrofulosa: “tiene ligeras manchas en los ojos que acreditan la mala constitución escrofulosa”.

# 913,0283 17 años en observación en trabajos de interior. A los seis de su entrada (1919), se registran manchas en las córneas de ambos ojos con 1/8 de agudeza visual. Diez años más tarde (1929), en un parte “se confirma que este obrero padece tuberculosis y se solicita su traslado al exterior con un jornal de 5 ptas”.

### Conjuntivitis, queratitis, queratoconjuntivitis

El siguiente ejemplo muestra la difícil separación entre estas tres patologías o bien la facilidad para pasar de una a otra.

# 914,0251 21 años en observación en labores mineras de interior. A la entrada (1914), “padece crónicamente queratitis intersticiales ambos ojos con opacidad e infiltración”. Casi dos años después (1916), “no tiene visión útil para darle trabajo”. Siete meses más tarde (1916) presenta “queratoconjuntivitis con opacidad en la córnea del ojo derecho”. Con 21 años

en observación (1935), en su último reconocimiento, tiene “conjuntivitis en córnea ojo derecho con opacidad”.

# 915,0050 17 años en observación en trabajos de interior. Con nueve años en observación (1924), se registra por primera vez “un leucoma sobre parte media córnea ojo derecho”. Dos años después (1926), su último reconocimiento en el que figura sencillamente “útil”. Al cabo de 17 años de historial (1932), tendrá su última observación con un parte de accidente en el que se registra una “queratitis derecha”.

### 2.3. Trayectorias con menciones a queratitis

De los 21 casos de queratitis, únicamente dos aparecen en reconocimientos, el resto figuran en partes de accidente. El comportamiento de las queratitis es muy similar al de las queratoconjuntivitis.

#### *Análisis de los reconocimientos*

Tenemos dos historiales:

# 915,1677 Ya comentado en tracoma. 20 años en observación en labores mineras de interior. En su primer año se le detecta “cicatriz de ganglios ingle derecha por escrófula” y también se recomienda que trabaje “al exterior. Está anémico por calenturas”. Al cabo de 17 años (1933) se dice que “actualmente padece una queratitis ulcerosa en ojo izquierdo”. Seis meses después presenta “conjuntivitis granular [tracoma] ojo derecho y queratitis”.

En este caso, la queratitis reseñada en 1933 forma parte presumiblemente de la misma patología que seis meses más tarde queda registrada como conjuntivitis granular. Este debe ser un proceso infeccioso de largo recorrido que no ha dejado registro en reconocimientos anteriores –cuatro años antes, en 1929, aparece el reconocimiento inmediatamente anterior en el que se consigna “útil”. Tampoco deja huella en su último reconocimiento que tiene lugar dos años y cuatro meses después, en el que se recoge una dilatación de anillos inguinales –que ya figuraba en el último reconocimiento de 1933– y su valoración como “útil”. Así pues, el registro de la queratitis y el tracoma parece ser una circunstancia excepcional que no vuelve a repetirse. ¿Cuántos casos más de queratitis sin registrar tendremos en nuestros datos? No es posible saberlo pero sí podemos pensar que estos existen aunque no se registren. ¿Por qué no se registran? Por su carácter infeccioso que los aparta de la definición de accidente fortuito.

# 926,0034 Ocho años en observación en trabajos mineros de exterior. A la entrada (1926), es declarado útil. A los dos años en observación es “admisible. Firma por tener una queratitis que le deja mancha” en la córnea derecha. En los dos reconocimientos posteriores que forman su historial aparece firmada la queratitis derecha.

En esta ocasión, el motivo que lleva a recoger la queratitis es el hecho de que deja mancha, que sí se registra de forma exhaustiva. Una vez firmada la queratitis, su reflejo en los reconocimientos siguientes es rutinario.



En conclusión, las queratitis no se registran debido a su origen infeccioso. Pero deben existir, máxime cuando infecciones crónicas como blefaroconjuntivitis o infecciones lagrimales son capaces de penetrar la película corneal y provocar queratitis bacteriana. Sin embargo, apenas tenemos constancia de ese tipo de procesos infecciosos. También los traumatismos corneales pueden facilitar la entrada de patógenos. Las queratitis bacterianas deben existir pero no dejan huella... en los reconocimientos.

### *Análisis de los partes de accidente*

No encontramos ningún caso en que aparezcan dos partes de queratitis en un mismo historial. Tenemos 19 queratitis registradas en partes de accidente dentro de otros tantos historiales. De ellos, once son queratitis traumáticas, dos son queratitis ulcerosas –otra más en reconocimiento–, una queratitis puntiforme y cinco queratitis a secas. Casi dos tercios son queratitis traumáticas resultado de golpes o contusiones en el ojo, aquellas queratitis que sí podrían ser atendidas como accidentes. De las queratitis ulcerosas, una lo es “por cuerpo extraño abandonada varios días” (904,1308: 1905). No parece haber tenido la consideración de accidente –por el tiempo transcurrido entre este y su comunicación. La otra queratitis ulcerosa lo deja bien claro: “que por presentarse a las pocas horas de haber alegado accidente, no es accidente” (912,0817: 1934).

La queratitis puntiforme se utiliza para descartar el accidente: “presenta queratitis puntiforme con infiltración alrededor del punto que refiere accidente y el accidente no se vio” (912,0011: 1914). En el diagnóstico médico se aprecia la sospecha de un fraude al llamar accidente al resultado de un proceso infeccioso. No se explicita el resultado pero el hecho de que no haya días de baja ni se recoja el jornal del obrero hace pensar que no tuvo tal consideración.

De las queratitis a secas apenas encontramos información, confirmando el silencio en torno a este cuadro cuando su origen no es traumático.

### *Relación con dolencias anteriores*

# 916,3221 27 años de observación en talleres. A los 17 presenta “herida contusa en párpado superior ojo izquierdo” (1934). 16 meses después tiene “queratitis traumática ojo izquierdo” (1935). ¿Existe relación?

# 912,1473 16 años en observación en industria química y en talleres. A la entrada (1912), presenta “ectropión párpado inferior izquierdo (caído por cicatriz quemadura)”. El diagnóstico se repite en todos los reconocimientos posteriores. En su última observación, un parte con “queratitis traumática ojo izquierdo”. En este caso, el ojo expuesto es objeto de una agresión directa.

# 915,0050 17 años en observación en labores mineras de interior. A los 9 se registra en un reconocimiento: “leucoma sobre parte media córnea ojo derecho” (1924). Ocho años más tarde (1932) presenta, en un parte, una queratitis en el mismo ojo. Quizás el leucoma sea el signo visible de una afección de largo recorrido, no registrada en el historial, que finalmente dejó rastro en forma de queratitis.

*Momento de la trayectoria*

De los dos casos en los que encontramos queratitis en reconocimientos tenemos un primero (926,0034), con registro en la primera fase de la trayectoria, tras cumplir su segundo aniversario en la empresa, y otro (915,1677), recogido en una fase más avanzada, tras su décimoséptimo aniversario en la empresa.

Contamos 19 historiales con diagnóstico de queratitis en partes de accidente. Estos se recogen, en su mayoría —en 11 ocasiones—, en las etapas intermedias de la trayectoria. Otros cuatro historiales registran el diagnóstico en los cinco primeros años. En los últimos cuatro, queratitis figura en la última observación de la trayectoria. En definitiva, la distribución que muestran estos registros de queratitis en el interior de los historiales se corresponde con la manifestación de un suceso de tipo aleatorio e inesperado.

*Momento del calendario*

La gran mayoría de las menciones a queratitis, con la excepción de cuatro de ellas, se sitúan en la franja que va de 1928 a 1935. Los cuatro casos restantes, que aparecen entre 1905 y 1922, son: una queratitis ulcerosa, una queratitis puntiforme, una queratitis traumática y una queratitis a secas. Quedan, por tanto, una gran cantidad de queratitis traumáticas en los años centrales. Parece que en ese periodo se abre la puerta fundamentalmente a las queratitis traumáticas.

*Proximidad a otras menciones**Agresiones*

La coincidencia en un mismo ojo de distintas lesiones aunque separadas en el tiempo puede deberse a una tendencia a sufrir agresiones en ojos ya heridos. También puede ser una patología de largo recorrido que pase por queratitis traumática. Incluso es posible que una patología de fondo, de largo recorrido, pase por la enfermería a la primera agresión. Una lesión que, de no existir la dolencia de fondo, pasaría inadvertida.

*Conjuntivitis química y queratoconjuntivitis*

# 912,0817 32 años de observación en labores mineras de superficie. A los 16, queratoconjuntivitis en ojo derecho (1929). 16 meses después presenta una conjuntivitis química en el mismo ojo (1930). Cinco meses más tarde, otra conjuntivitis química, igualmente en el ojo derecho (1931). Tres años después, “queratitis ulcerosa con hipopión y edema palpebral” (1934) sin especificar el ojo. Cierra el historial once años después con una conjuntivitis química en el otro ojo (1945).

*Cuerpo extraño*

# 914,0520 21 años de observación en talleres. Con 14 sufre queratitis traumática en ojo izquierdo (1928). Con 21 presenta cuerpo extraño en córnea del mismo ojo (1936).

# 915,1238 33 años en observación en talleres. A los 13 años tiene queratitis traumática en ojo izquierdo (1929). Nueve años después partícula extraña en el mismo ojo y sigue trabajando (1938).

#### Queratoconjuntivitis traumática

# 915,1282 33 años en observación. Al año de iniciarse el historial tiene ya queratoconjuntivitis traumática en el ojo izquierdo (1917). Once años después presenta queratitis traumática en el mismo ojo (1928).

#### Herida contusa en párpado

# 916,3221 Ya comentado con anterioridad. 27 años en observación en talleres. Con 17 sufre herida contusa en párpado superior del ojo izquierdo (1934). Dieciséis meses más tarde queratitis traumática en el mismo ojo (1935).

#### Quemadura en córnea

# 922,0933 Pequeña quemadura en córnea transparente del ojo izquierdo (1922). Queratitis traumática en el ojo derecho (1929).

#### *Infecciones y otras*

En numerosas ocasiones coincide la queratitis en un mismo historial con infecciones de diverso tipo. Varias explicaciones caben aquí. Por una parte, agresiones habituales, entre las que se incluiría la queratitis traumática, facilitarían la entrada de todo tipo de infecciones. Por otra, la existencia de una patología infecciosa de fondo y de largo recorrido –por lo general son muchos los años que median entre una mención y otra– que puede pasarse como queratitis traumática en la primera ocasión en que se sufra una agresión en el ojo. También parece existir cierta tendencia a sufrir agresiones en ojos ya enfermos.

#### Visión deficiente

# 904,1279 29 años en observación en labores mineras de interior. Al cabo de tres se detecta agudeza visual de 2/3 (1908). 22 años después (1930) queratitis.

#### Leucoma

# 915,0050 Ya comentado. 17 años en observación en labores mineras de interior. A los 9 leucoma sobre la parte media de la córnea del ojo derecho (1924). Ocho años más tarde (1932) se registra queratitis en el mismo ojo.

#### Mancha en córnea

# 926,0034 Ocho años en faenas mineras de exterior. Con dos años en observación firma por una queratitis que le deja mancha en córnea (1928).

#### Ectropión

# 912,1473 Ya comentado. 16 años en observación en talleres y en industria química. A la entrada, “tiene ectropión párpado inferior izquierdo (caído por cicatriz quemadura)” (1912). En su última observación, en su décimosexto año, queratitis traumática en el mismo ojo (1929).

#### Propensión a conjuntivitis

# 913,1514 9 años en observación en talleres. Al segundo año presenta “queratitis puntiforme o ulcerosa ojo izquierdo y blefaroconjuntivitis derecho. No ha sufrido golpe como dice pero no lo puedo desechar por ser posible” (1916). Cuatro meses más tarde, en una revisión médica, le detectan propensión a conjuntivitis.

#### Tracoma, escrófula

# 915,1677 Ya comentado bajo tracoma. 20 años en observación en labores mineras de interior. Con 17, “actualmente padece una queratitis ulcerosa en ojo izquierdo” (1933). Seis meses después “conjuntivitis granular [tracoma] ojo derecho y queratitis” (1933).

#### Blefaritis e infección lagrimal

# 917,0823 29 años en observación en labores mineras de interior. Al ingreso, infección lagrimal izquierda (1917). 19 meses más tarde blefaritis crónica (1918). Con 13 años de antigüedad presenta queratitis traumática en ojo izquierdo (1930).

#### *Negación de accidente*

Tenemos un caso en el que la infiltración en torno al punto en el que se encuentra la queratitis hace sospechar de fraude al médico: “queratitis puntiforme con infiltración alrededor del punto que refiere accidente y el accidente no se vio” (912,0011: 1914).

En otro caso (915,1238: 1929), “no se dio parte, vino el día 29 con mota en córnea” figurando como fecha de accidente el día anterior. Igualmente la tardanza en acudir a enfermería provoca la negación explícita del accidente: “queratitis ulcerosa con hipopión<sup>48</sup> y edema palpebral que por presentarse a las pocas horas de haber alegado accidente, no es accidente” (912,0817: 1934).

Tenemos una queratitis traumática en ojo izquierdo que no genera parte (915,1282: 1928), quizás por tratarse de una mera cura, un caso de entrada y salida.

#### *Reflexión sobre desatención de las dolencias*

<sup>48</sup> Con hipopión se designa en medicina la existencia de leucocitos y fibrina en la cámara anterior del ojo, la mayor parte de las veces aséptico y que se debe a la reacción iridiana a las toxinas bacterianas. Generalmente se acompaña de inflamación periquerática (ojo rojo) y secundario a úlceras de córnea. El origen más frecuente es un proceso infeccioso que afecta a la córnea (queratitis), a la parte anterior de la úvea (uveítis anterior) o a todo el interior del ojo (endofthalmitis).

La detección y el tratamiento preventivo de los casos de queratitis, ¿no podría haber formado parte de una política de ahorro de costes? En 1929 el médico registra una queratitis en el ojo izquierdo, en un parte de accidente que constituye la única referencia del historial a problemas oculares. A su lado, figura una nota del servicio en la que este último solicita la baja. Una cura temprana podría haber evitado esta baja y su coste. La prioridad dada a evitar la atención de los riesgos no fortuitos ni violentos impedía realizar este sencillo cálculo.

## 2.4. Trayectorias con menciones a úlcera corneal

En general, la úlcera corneal parece comportarse de forma muy similar a la queratitis. Se situaría incluso en un punto posterior a ella dentro de una trayectoria degenerativa, pero los paralelismos con aquella son muchos.

### *Análisis de los reconocimientos*

Al igual que la queratitis, tampoco se registra la úlcera en los reconocimientos. Tenemos dos únicos reconocimientos con úlcera (913,1951 y 916,0658) frente a 19 en partes de accidente. El primero de ellos (913,1951) es un caso típico de progresión de enfermedad infecciosa que, sin embargo, apenas tiene presencia en nuestros historiales: infección lagrimal, úlcera corneal y por último opacidad corneal por cicatrización de la úlcera, todo ello acompañado desde el primer momento con manchas. La queratitis podría encontrarse en un momento anterior a la úlcera aunque en esta ocasión no ha dejado rastro. Imaginamos que de fondo debe existir una patología como el tracoma con la que compartiría ciertos rasgos –infección lagrimal y úlcera corneal. El ejemplo de este historial permite sospechar los casos que pueden quedarse ocultos por falta de registro. La pregunta sería entonces: ¿por qué aquí sí tenemos registro? Quizás la respuesta esté en el hecho de que una vez más viene junto a mancha, la mención más exhaustiva, que hace que se recoja todo aquello que la acompaña.

# 913,1951 12 años en observación en labores mineras de interior. Si en la primera observación ya se mencionaba “sería mejor que lo dedicaran a otros trabajos, es de constitución débil, enfermiza”, ocho años después se reitera la recomendación. A la entrada presenta “mancha ojo derecho cuya visión está anulada o casi. Lagrimeo constante ambos ojos, con oclusión de las vías lagrimales” (1913). Ocho años más tarde, “ulceración y manchas consecutivas en córnea ojo derecho que disminuyen visión. Naturaleza raquíctica constituyendo un característico baciloso. No debe trabajar en el interior” (1922). A los 12 años en observación (1926), “útil, pero presenta sobre la cornea del ojo derecho tres opacidades consecutivas o úlceras ya curadas”.

# 916,0658 En un historial de 31 años en el que apenas existen reconocimientos que aporten información, aparece en 1942 una “pequeña ulceración en córnea ojo derecho”, sin que exista ninguna otra mención ocular en el historial.

### *Análisis de los partes de accidente*

*Negación de accidentes*

Tenemos dos casos:

# 908,1516 Ya visto en infección lagrimal. Historial repleto de referencias a una infección de vías lagrimales en ojo izquierdo desde su entrada (1908). Antes de cumplir dos años en la empresa (1910), en un parte de accidente se niega esta condición: “2 pequeñas ulceraciones córnea ojo izquierdo debidas a sepsis de vías lagrimales. Se dio conocimiento a la alcaldía para que reconocieran que no era accidente de trabajo. Se curó antes que contestara la alcaldía”. Con diez años en observación (1919), se registra nuevamente en un reconocimiento su infección lagrimal: “admisible condicional, le supuran las vías lagrimales del ojo izquierdo que llegan a estropear ojos. Debe tratarse en un hospital esto”.

# 912,0577 30 años en observación en labores mineras de interior. Tan solo una mención ocular en un parte de accidente ocurrido con tres años cumplidos en observación (1916). El diagnóstico médico es tajante: “ulceración segmento inferior córnea transparente ojo derecho. Pretende ser accidente según refiere a un terronero ayer noche. Vuelta: no cree ser accidente, no es de ayer (se puede dirigir a la autoridad)”. El origen no fortuito de la úlcera le permite al médico descartar el accidente con escaso margen para la duda.

*Origen de las úlceras*

Tenemos un total de cinco úlceras corneales traumáticas, tres úlceras por cuerpo extraño y doce menciones a úlcera corneal a secas (en un total de once historiales). Quedan dos úlceras vinculadas a infección de vías lagrimales y una última, en un reconocimiento, sin más información.

# 916,0326 Seis años en observación aunque con dudas sobre su identidad. Al ingreso (1914), se recoge en un parte de accidente: “ulceración segmento externo córnea transparente ojo derecho correspondiendo a cuerpo extraño que hace días tuvo incrustado y no se encontró [?]”. Tenemos aquí una úlcera por abandono de partícula seguramente incrustada cinco días antes.

# 911,0042 23 años en observación como herrero y algún tiempo de forjador en trabajos mineros de superficie. Con 19 años en observación (1930), es atendido por “partículas de lapidario en ojo derecho. Entrada y salida”. Dos años después presenta “ulceración corneal por cuerpo extraño en ojo derecho”.

# 912,0864 33 años en observación en talleres aunque parece que al final le confían un trabajo administrativo. Con un año se le extrae una partícula extraña enclavada en la córnea del ojo derecho. 21 años más tarde se le presenta una úlcera en la córnea del mismo ojo. Podría establecerse una vinculación entre ambos sucesos de no mediar tanto tiempo entre uno y otro.

# 922,1484 22 años en observación en labores mineras de interior. Tras permanecer 16 años en observación (1939) presenta úlcera central en córnea ojo derecho. Cuatro años más tarde (1943) tiene conjuntivitis en ojo izquierdo. Dos años después (1945) vuelve a tener una úlcera central en córnea pero esta vez en el mismo ojo izquierdo que la conjuntivitis anterior.

# 922,1024 27 años en observación en labores mineras de interior. A los seis (1928) presenta un parte por dermatitis en antebrazo y muñeca. Doce años después (1941) es atendido varias veces por una quemadura química en ambos pies. Cinco años más tarde (1946) sufre una “úlceras en córnea izquierda”. Tres posibilidades se plantean: a) la úlcera no tiene nada que ver con sustancias químicas, b) el obrero trabajaba en una zona de especial incidencia de problemas con sustancias químicas que pudo provocarle una úlcera y c) el obrero tenía cierta predisposición a padecer de problemas en la piel y también en los ojos.

# 922,0457 28 años en observación en labores mineras de interior. Con 13 años cumplidos (1935), presenta una úlcera en córnea de ojo izquierdo. Siete años después (1942), en el mismo ojo, “úlceras traumáticas córnea”. Puede tratarse de un suceso fortuito o deberse a la úlcera anterior que siguió presente durante años y volvió a aflorar en los registros médicos en el momento en que ese ojo sufre un traumatismo.

### *Dolencias camufladas*

# 922,0457 Ya comentado antes. El hecho de tener dos úlceras en un mismo ojo puede hablar de la existencia de una dolencia de base, que puede ser de carácter infeccioso, y que vería la luz a raíz de alguna incidencia agresiva en ese ojo.

# 922,1484 22 años en observación como pinche, peón y vagonero en labores mineras de interior. Con 16 años en observación (1939), presenta una úlcera central en córnea de ojo derecho. Cuatro años más tarde (1943), conjuntivitis en ojo izquierdo. Dos años después (1945), en su último año en observación, muestra una nueva úlcera central en córnea del ojo izquierdo. Quizás la conjuntivitis fuese la manifestación de una patología infecciosa que concluiría más tarde en una úlcera.

### *Momento del calendario*

Encontramos partes con úlceras corneales en todas las décadas, por lo que se podría hablar de extensión de la dolencia y distribución aleatoria correspondiente a un suceso fortuito y azaroso. Sin embargo, de las 24 menciones con que contamos, cuatro de ellas se sitúan en los años anteriores a 1931. Las otras 20 a partir de ese año.

### *Momento de la trayectoria*

En cinco ocasiones, la úlcera se sitúa en la última observación de historiales de larga (20 años) o muy larga duración. En estos casos la úlcera parece cerrar una trayectoria completando el ciclo de desgaste sufrido por el obrero. Tan solo en una ocasión se muestra en los dos primeros años de observación. En cuatro casos se muestra en la primera mitad de la trayectoria, tendiendo a concentrarse en la segunda mitad de la misma como correspondería a dolencias vinculadas al desgaste. Si las úlceras se detectan fundamentalmente en las dos últimas décadas de observación, ello conlleva que se encuentren en la fase final de las trayectorias de nuestras cohortes. También puede pensarse que si son degenerativas, no aparecerán hasta que nuestras cohortes acumulen cierta cantidad de años en observación.

*Proximidad a otras menciones**Infección lagrimal*

# 913,1951 Ya comentado en manchas oculares e infección lagrimal. 12 años en observación en labores mineras de interior. A la entrada (1913), presenta constitución débil, enfermiza, mancha en ojo derecho y lagrimeo constante en ambos ojos con obstrucción de vías lagrimales. A los ocho años (1922), ulceración y manchas en ojo derecho y “naturaleza raquíctica constituyendo un característico baciloso”. Cuatro años más tarde (1926), “presenta sobre la córnea del ojo derecho tres opacidades consecutivas o úlceras ya curadas”.

# 908,1516 Ya comentado en infección lagrimal y en este apartado de úlcera.

*Cuerpos extraños en ojo*

Los historiales que se relacionan a continuación son todos aquellos en los que encontramos mención a úlcera y mención a cuerpo extraño o agresión traumática en el mismo o distinto ojo. Más allá de una relación directa entre ambos diagnósticos, a menudo muy separados en el tiempo, encontramos una coexistencia de ambos riesgos cuyo nexos causal será un medio en el que las agresiones a ojos son frecuentes, facilitando la aparición de úlceras. De hecho es una de las causas que producen esta última.

# 908,0200 Partícula enclavada en la córnea del ojo derecho. 35 años después, úlcera en ojo izquierdo.

# 911,0042 Partícula de lapidario en el ojo derecho. Dos años después, “ulceración corneal por cuerpo extraño en ojo derecho”

# 912,0864 Partícula extraña enclavada en la córnea del ojo derecho. 21 años después, “úlceras cornea ojo derecho”.

# 915,1721 Erosión por cuerpo extraño en la córnea del ojo derecho. 11 años después, cuerpo extraño en córnea del mismo ojo. Cinco años después, “úlceras traumáticas en córnea ojo izquierdo”.

# 916,0326 Ulceración en la córnea del ojo derecho por cuerpo extraño que permaneció incrustado varios días.

# 920,0385 Úlcera por cuerpo extraño en córnea del ojo izquierdo.

# 929,0386 Conjuntivitis por cuerpo extraño en ambos ojos. Catorce años después, úlcera en la córnea del ojo izquierdo. Cinco años después, cuerpo extraño en córnea del ojo derecho.

# 923,1333 Úlcera central en la córnea del ojo derecho. Casi dos años después, “herida en centro córnea ojo derecho con posible lesión de fondo del mismo”. El resultado será una “catarata traumática y pérdida visión ojo lesionado que constituye una incapacidad parcial permanente para su trabajo habitual”.

*Conjuntivitis traumática*

# 928,0655 Conjuntivitis traumática en el ojo derecho. Trece años más tarde, úlcera traumática en el izquierdo.



## 2.5. Trayectorias con menciones a catarata

Podemos encontrar menciones a cataratas en dos momentos de la trayectoria: al comenzar esta o bien en su segunda mitad. De las primeras, tenemos dos historiales que son objeto de un **seguimiento exhaustivo** a lo largo de toda su trayectoria:

# 906,0375 Ya analizado en manchas y marcado también como visión deficiente. Siete años en observación en labores mineras de interior. Al ingreso (1906), se aprecia “ligero enturbamiento en el cristalino de ambos ojos [catarata]”, combinado con “ligera mancha córnea ojo izquierdo fuera del campo visual”. Se seguirá mencionando la deficiencia en los dos reconocimientos posteriores hasta la salida de observación. Un accidente en 1910 acredita su entrada efectiva. Una vez más, la razón del seguimiento de la catarata parece estar en la mancha que la acompaña.

# 910,1233 14 años en observación en labores mineras de interior aunque también se le ve esporádicamente en industria química y talleres. A la entrada (1910), se registra un sobrio *admisible*. Año y medio después (1912) sufre una quemadura en la mano confirmando su entrada al trabajo. Con más de dos años en observación (1913), un reconocimiento recoge “ojo derecho no ve bien”. Tres meses después (1913), otro reconocimiento comienza a registrar la catarata pero, curiosamente, como señal para la identificación en lugar de hacerlo como deficiencia visual. “No ve bien” se ha convertido en “no ve”: “este obrero es admisible condicional, esto es, queriendo los jefes y firmando él que del ojo derecho no ve y que tiene propensión herniaria. Señal: catarata”. La deficiencia visual, unida a la propensión herniaria, hace de su utilidad una cuestión graciable y condicionada a su firma, lo que limitará su posibilidad de reclamar a la Sociedad. Los jefes debieron querer porque cuatro años más tarde (1917) esa decisión le permitirá seguir adelante: “del ojo derecho no ve por catarata traumática en fragua de su pueblo. Propensión herniaria. Creo que recibiera en 1913 en la [mina] Ana firmando su defecto”. Cinco años más tarde (1923), vuelven a aparecer los inconvenientes por su deficiencia visual: “útil. Firma por tener pérdida completa de la visión ojo derecho, catarata traumática por golpe de muchacho”. En los siguientes reconocimientos se hará referencia a dicha firma lo que permitirá obviar la deficiencia visual. Esos reconocimientos estarán llenos de referencias a otros anteriores. Tendrá una trayectoria de mediana duración en la que alcanzará incluso el puesto de entibador.

En segundo lugar, tenemos cinco historiales en los que **se detecta la catarata a la entrada** —a los que hay que añadir uno revisado más arriba. En tres de ellos tenemos una única observación en la que se registra la catarata. En otros dos se especifica además que no ve con ese ojo. Los tres son cataratas traumáticas previas a la entrada: “De pequeño, antes de entrar en la sociedad, sufrió un golpe en ojo derecho del cual no ve nada y tiene catarata traumática”. En dos historiales tenemos detección de catarata a la entrada, pero en estos se registra en más de una observación. En ambos casos parece haber entrado el candidato a pesar de que en uno (913,0910) se especifica claramente que del ojo izquierdo no ve y que esa deficiencia la tiene “desde pequeño”. Trabaja en talleres, permaneciendo más de ocho años en observación. En el otro (915,0101) permanece en labores mineras de interior más de dos años.

Tenemos, por último, siete casos en los que la catarata **aparece en la segunda mitad de la trayectoria**. De ellos, en tres ocasiones se recogerá esta cuando ya hayan pasado más de 20 años en observación. En dos (916,0710 y 908,1554) será para decir que está operado de cataratas, supuestamente en previsión de una posible recaída. Del tercero (917,2387), tras una entrada en 1917 donde se consignará admisible, no tendremos información hasta 24 años después en que figura ya con una catarata traumática en un reconocimiento. Los últimos cuatro historiales recogerán una única mención a cataratas en su última observación. Entre ellos se encuentran los dos únicos casos de cataratas en parte de accidente:

# 920,0429 14 años en observación trabajando en la central eléctrica como ayudante de electricista. Con doce años de antigüedad (1933), sufrirá una descarga eléctrica que le provocará graves quemaduras. El parte dirá “quemaduras por descarga eléctrica en región biparietal frente, cara, ambas manos y rodilla izquierda. Resultado: útil, quedándole pérdida meñique izquierdo. No impide trabajo habitual”. Casi dos años después (1934), se señalará: “catarata en ojo derecho por accidente sufrido en 1933, operado en Córdoba”. Será su última aparición.

# 915,0768 En la última observación, el médico registra: “catarata traumática que le quedó. Ha tenido paludismo y una enteritis. Que le indemnicen y encima le den los 15 jornales de los días que dice. Tiene un ojo malo otra vez”. No tenemos ninguna otra referencia anterior a cataratas.

Los dos historiales que incluyen mención a cataratas en su última observación (un reconocimiento) son:

# 908,1360 34 años en observación como herrero en industria metalúrgica pero también en labores mineras de interior y en industria química. Sin mención anterior alguna a catarata, en su última observación (un reconocimiento) recoge (1942): “operado de catarata ojo derecho”.

# 934,0202 18 años en observación figurando en diferentes oficios y servicios. Sin menciones oculares anteriores, en su última observación se consigna (1934): “tiene catarata ojo izquierdo, deformidad de pupila y dilatación acentuada de la misma (midriasis) ojo derecho y disminución de la visión en más de un 50% de este mismo ojo”.

### *Causas*

Las causas que encontramos detrás de las cataratas son, en los tres casos en los que se explicita, “por golpe de muchacho” (910,1233). Esto es, cataratas de origen traumático ocurridas de pequeño o con anterioridad a la entrada en la Sociedad. En su caso, en trabajos anteriores: “en fragua de su pueblo” (910,1233). Se insistirá por lo general en el origen anterior a los trabajos en la Sociedad buscando establecer la responsabilidad ajena del mismo: “de pequeño, antes de entrar en la sociedad, sufrió un golpe en ojo derecho del cual no ve nada y tiene catarata traumática” (913,1506).

El otro caso documentado es el obrero ya mencionado que sufrió un shock eléctrico en 1933 (920,0429) y fue operado de cataratas a finales de 1934.

*Diagnósticos sobre la utilidad*

No se encuentra un criterio de utilidad que se aplique de manera constante en los reconocimientos:

- # 906,0375 Tras dos años con ligera mancha corneal y ligero enturbamiento cristalino que lleva al médico a declararlo útil, encontramos un nuevo reconocimiento cinco años después (1914) en el que se señala que “su visión es poco útil para el trabajo. Obrero aprovechable para algo, pero donde no tenga exposición”.

Sí parece que la existencia de una operación de cataratas o las mismas cataratas suelen generar una calificación de *admisible*, aunque también pueden ser declarados abiertamente útiles. El historial 910,1233, ya comentado con anterioridad, pasa de *admisible condicional* a *útil* después de haber firmado su deficiencia visual.

*Proximidad a otras menciones**Midriasis*

- # 934,0202 Ya comentado antes. En su última observación, sin menciones oculares anteriores, figura un reconocimiento que recoge juntos midriasis y catarata aunque en ojos distintos, después de estar 18 años en industria química y quizás en otros servicios.

*Erosión corneal*

- # 917,2387 28 años de observación en trabajos de interior. Admisible a la entrada (1917). La siguiente observación la tenemos 24 años después (1942) donde se registra una catarata traumática en ojo derecho. Tres meses después, en otro reconocimiento es, una vez más, simplemente *admisible*. Cuatro años más tarde (1946) encontramos una erosión en córnea del mismo ojo.

*Mancha corneal*

- # 906,0375 Ya comentado en apartado de manchas. Desde la entrada (1906) se detecta ligera mancha corneal en ojo izquierdo fuera del campo visual y ligero enturbamiento cristalino de ambos ojos. Dos años después (1908) se repite el diagnóstico. Con siete años en observación (1914) “su visión es poco útil para el trabajo”. Presumo que ha habido empeoramiento de la visión.

**2.6. Trayectorias con menciones a iris**

Tenemos un total de 6 historiales en los que aparece en algún momento una mención al iris. Las menciones hacen referencia a un mal funcionamiento de las pupilas, que tanto podría ser temporal como definitivo.

- # 917,0547 22 años en observación en talleres. A los 17 (1934), tiene un parte de entrada y salida en enfermería por “cuerpos extraños en ojo derecho”. Cuatro días más tarde vuelve a pasar por enfermería: “midriasis por acción atropínica<sup>49</sup> ojo derecho. Sigue trabajando”. Probablemente se le administró

<sup>49</sup> Entre los efectos oftalmológicos de la Atropina figura el bloqueo de la activación de los receptores muscarínicos en los músculos ciliares y el iris, produciendo la relajación de estos músculos. Por ese motivo se emplea en forma de colirio como agente midriático en exploraciones y procedimientos oftalmológicos. Persiste más de 72 horas en el ojo y causa fotofobia y visión borrosa que pueden durar hasta unos 7-14 días tras su administración.

en su primera visita un medicamento que le produjo la alteración temporal del iris. Al provocar además fotofobia y visión borrosa por un espacio de 7-14 días, podría haber alarmado al obrero acudiendo nuevamente al hospital ;cuatro días después!

# 906,0140 Una única observación en la que es propuesto para ayudante en trabajos mineros de exterior. En el reconocimiento (1906) encontramos una referencia a otro de 1917. No sabemos si entró. Recoge: “Útil. Pupilas desiguales, ojo derecho dilatada tipo amaurótico<sup>50</sup>”.

# 920,0512 30 años hasta cierre de observación en industria metalúrgica, industria química y labores mineras de superficie. A la entrada (1920), presenta “pupilas desiguales sin defecto de visión hoy”. No encontramos más menciones oculares.

# 908,0272 Cinco años en observación en labores mineras de interior. Al cabo de dos años, en su segundo reconocimiento, se recoge: “alguna insensibilidad del iris”. Sin ninguna otra mención ocular.

# 913,0949 31 años en observación en labores mineras de interior. A los tres años (1917), tiene un reconocimiento donde se señala: “Admisible, pupila tórpida”. No encontramos ninguna otra mención ocular en el historial.

# 934,0202 Ya comentado en cataratas. 18 años en observación figurando en diferentes oficios. Sin tener menciones oculares anteriores, en su última observación (1934) se menciona que “tiene catarata ojo izquierdo, deformidad de pupila y dilatación acentuada de la misma (midriasis) ojo derecho y disminución de la visión en más de un 50% de este mismo ojo”. No consta ningún tipo de incidente que permita explicar este cuadro.

---

<sup>50</sup> La pupila amaurótica corresponde a un ojo ciego cuya retina o nervio óptico están destruidos por completo. En consecuencia, no tiene respuesta al estímulo luminoso directo.

### 3. Deficiencias visuales

#### 3.1. Trayectorias con menciones a visión deficiente

Las valoraciones de la agudeza visual del candidato que encontramos pueden ir como única mención ocular dentro de un reconocimiento o también acompañando a otro diagnóstico, concretando su efecto. Entre todas ellas establezco diferencias en función de si aparecen una única vez o más veces en el interior de la trayectoria. En el primer grupo, distingo entre los historiales con un diagnóstico a la entrada en observación y los que cuentan con un diagnóstico avanzada ya la trayectoria. Cuando figuran más de una valoración en un mismo historial, analizo por una parte a aquellos que mantienen una agudeza constante y por otra a los que ven empeorar su diagnóstico.

En ocasiones aparecen como la única mención ocular dentro de un historial con más reconocimientos. Cuando son anotaciones únicas y figuran **al comienzo de la trayectoria** (10 casos) parecen tener escasa relevancia –la mitad se corresponden con una agudeza visual de 2/3–, motivo por el cual dejaron de tener seguimiento en el historial.

En 1911 y 1912 encontramos otros cuatro casos de historiales de relativamente corta duración –tres con menos de diez años y otro con más de 15–, que cuentan con varios reconocimientos y una única mención a su agudeza visual. Todos menos uno mantienen la vigencia del diagnóstico de escasa agudeza visual mediante referencias posteriores al reconocimiento en el que aparece registrada esa mención.

Existen también tres casos en los que la anotación única en un historial con varios reconocimientos aparece **avanzada ya la trayectoria** lo que llevaría a pensar en una pérdida de la agudeza en el medio de trabajo:

# 925,0713 Apenas tenemos información más allá de la mención. Tras 19 años en observación, “disminución de 1/3”.

# 930,0296 12 años en observación en central eléctrica y en ferrocarril. Al poco de entrar, quemadura en mano. Al año en observación, una dermatitis química en los pies le lleva a varias visitas a la enfermería a lo largo de los diez meses siguientes. No encontramos otra observación hasta diez años después con poliadenitis derecha y pérdida de la visión 1/3.

Encontramos diez casos en los que un **único reconocimiento** del historial hace referencia a la agudeza visual disminuida. En siete ocasiones disponemos de una única observación. Se puede pensar que son casos que posiblemente no llegaron a entrar, la mayoría, a trabajar en la Sociedad. Como característica común se puede encontrar un grado menor de agudeza visual: “Tiene el defecto de tener de agudeza visual 1/2” (909,0456). Pero no necesariamente, dado que también podemos encontrar “algo corto de vista” (913,0316) o “solo tiene el defecto de ver poco 2/3” (909,0909). Esa pronunciada falta de agudeza visual no es exclusiva de historiales con un solo reconocimiento, se da también en otros. Asimismo encontramos historiales de una observación con deficiencias visuales leves. Estos casos suelen estar acompañados de

propensión a hernias lo que pesaría en mayor medida para negar la entrada. Queda claro que no encontramos un criterio único que se aplique de manera general.

En dos ocasiones constatamos la entrada en observación mediante un parte posterior. En 913,1195 la deficiencia es menor: “algo corto de vista”. En 910,0487 la agudeza de 2/3 parece quedar en un segundo plano frente a la hernia padecida en la infancia.

El resto de historiales cuentan con **al menos dos apreciaciones** sobre la agudeza visual. Distinguimos aquí dos grupos, uno estaría formado por aquellos historiales en los que las anotaciones sobre la agudeza visual permanecen **constantes** (9 casos). Todos estos casos se detectan a la entrada o, en su defecto, en su primer año. Su seguimiento resulta bastante exhaustivo, prácticamente en todos los reconocimientos del historial encontramos valoración de la agudeza visual, con indicaciones muy constantes en todos ellos. ¿Por qué es tan exhaustivo? Probablemente por tratarse de un problema limitante con origen previo a la entrada en la Sociedad, porque las afecciones de carácter degenerativo que pudieran vincularse al trabajo dejan un rastro mucho más sutil en la documentación.

Finalmente, encontramos tres casos con signos de **empeoramiento** de la agudeza visual. Resulta llamativo el escaso número de trayectorias oculares degenerativas que podemos encontrar documentadas:

# 908,0217 32 años en observación en labores subterráneas y de superficie. Al ingreso, tiene “visión defectuosa (corto de vista)” (1908). Con ocho años ya “es muy corto de vista 1/2” (1917).

# 908,1068 15 años en observación en labores mineras de interior y en industria metalúrgica. Con dos años (1910), tiene “agudeza visual 1/3”. Seis meses después, su visión es 1/2. Una herida pequeña en el ojo derecho, con ocho años en observación (1917), será su siguiente y última mención ocular.

# 908,1200 25 años en observación en labores mineras de superficie. A la entrada (1908), “su visión es 2/3”. 24 años después (1932), “visión 1/3”. Este último diagnóstico se repetirá al año siguiente.

### *Diagnósticos sobre la utilidad*

*Utilidad* entendida en términos del diagnóstico realizado por el médico. En general, la presencia de una visión deficiente no provoca un especial rechazo en los reconocimientos: “no tiene otro defecto que corto de vista, sirve para el trabajo de manobre” (905,0256: 1906). En un reconocimiento realizado al año siguiente vemos que su visión es de “solo 1/3” (1907). Muchos aparecen sin pronunciamiento explícito sobre la utilidad y otros tantos lo hacen como “útiles”. Es muy común también encontrar comentarios del tipo “no otro defecto que”, seguido de la valoración de la agudeza visual. Encontramos también casos en los que se señala “admisible”, que van acompañados en ocasiones de otras menciones –típicamente propensiones a hernias–. También encontramos pocos casos de admisión condicional vinculados igualmente a la combinación con otros elementos como el *desgaste*, o las hernias.

### *Proximidad a otras menciones*

#### *Estrabismo*

Encontramos un caso (912,1501) en el que se anota al ingreso: “tiene el defecto de que no ve bien por el ojo izquierdo, su agudeza visual es 1/6” (1912). 15 años después otro reconocimiento señala “estrabismo convergente izquierdo” (1928). Ambas menciones recaen sobre el mismo ojo.

#### *Sífilis, tuberculosis y epilepsia*

En un caso se menciona la condición de sífilítico (908,1068) pero después de transcurridos 14 años en observación (1923), mientras que la deficiencia de visión tan solo figura a los dos años del inicio del historial en dos reconocimientos muy próximos entre sí realizados en 1910 (“agudeza visual 1/3”) y 1911 (“su visión es 1/2”). En otro caso, la visión deficiente aparece junto a epilepsia y *candidato a tuberculosis*.

# 914,1423 20 años en observación en labores mineras de interior. A la entrada (1914), junto a una visión de 2/3, se señala: “es de constitución muy débil, tiene conformación a candidato de tuberculosis”. 17 años después (1932) figura su condición de “epiléptico”.

## **3.2. Trayectorias con menciones a la falta de visión**

Analizo en este apartado 35 historiales que figuran en algún momento *sin visión* o con otro término equivalente. El registro de la falta de visión, como cabría esperar, es bastante exhaustivo en la mayoría de las ocasiones. Sin embargo, el habitual subregistro de las dolencias plantea, en este caso, mayores incertidumbres:

# 923,0687 28 años en observación. En la primera de ellas, un accidente, sufre “intensa contusión con heridas lineales corneales globo ocular izquierdo con pérdida de visión en accidente. Pronóstico reservado” (1916) que requiere notificación a la alcaldía por su gravedad. Figura entonces con una edad de 14 años declarados, aunque de las que declara en posteriores reconocimientos se desprende con claridad que su verdadera edad se debía situar en torno a los 12 años. Siete años más tarde (1923), lo detectamos con 19 en un reconocimiento que el médico registra como su primero y donde únicamente consigna la utilidad. Otros siete años después (1930) encontramos otro accidente en el mismo ojo, “contusión globo ocular en el ojo izquierdo”, sin que figure referencia alguna al accidente anterior. No hallamos más menciones a sus ojos en los 14 años de observación que quedan hasta su salida, apareciendo como útil en los cuatro reconocimientos siguientes.

En este historial, el silencio acerca de la visión que se declaró perdida en un primer momento arroja dudas acerca de la identidad del obrero. La posibilidad de un error cometido en la reconstrucción del historial parece muy reducida dado que mantiene los mismos apellidos, nombres de padre y madre, localidad y fecha de nacimiento en todas sus observaciones. Es igualmente posible que se diese una suplantación de identidad, refiriéndose la primera observación a un obrero y las siguientes a otro diferente. La diferencia de dos años en la edad del primer registro se explicaría por el habitual falseamiento de esta en los muchachos que no alcanzan los 14 años reglamentarios.

Si aceptamos que todos los registros pertenecen al mismo obrero, la inexistencia de referencias a su falta de visión puede deberse al carácter temporal de esta o bien a que, aun existiendo la carencia, no se señaló. ¿Cómo podría no indicarse una falta de visión a lo largo de casi tres décadas en observación? La explicación que parece más verosímil es la de que nos encontramos ante una pérdida ocurrida *en trabajos de la sociedad* y como tal es asumida por la empresa. De esta manera, el muchacho sigue contratado y continúa su carrera laboral, llegando a alcanzar el puesto de entibador.

En el análisis de estos historiales considero varios criterios relevantes: un primer criterio lo constituiría el momento en que se produce la pérdida de visión, anterior al ingreso del obrero en la sociedad o bien en el transcurso de su relación con esta. El segundo criterio diferencia entre pérdidas en historiales con indicios anteriores de problemas oculares o de lenta formación y pérdidas repentinas o sin indicios anteriores en el historial. El tercero viene dado por el hecho de que hayan perdido la visión *en trabajos de la sociedad* o por causas *ajenas a la Sociedad*. Cada uno de ellos divide el conjunto en dos grupos que pueden a su vez ser objeto de posterior división. Los analizamos por separado.

### 3.2.1. Falta la visión antes de entrar en observación

Aquellos con falta de visión previa a su ingreso son detectados en el primer o segundo reconocimiento. Su seguimiento es muy exhaustivo.

Del grupo cuya **falta de visión es detectada en el primer reconocimiento** disponible tenemos 14 historiales. En cuatro de ellos se establece la **inadmisibilidad desde ese primer reconocimiento**, la cual tendrá un efecto inmediato. En tres tenemos esa primera y única observación. En un cuarto, se presenta siete años después con la misma calificación de inadmisibile y más de quince años después tenemos dos partes de accidente en un periodo de cuatro años. Parece haber entrado avanzado el tiempo, pero no cuando fue reconocido por primera vez.

De los diez restantes, que **no sufrieron la calificación de inadmisibile a la entrada**:

- Dos no tienen ninguna otra observación, por lo que parece que no han llegado a entrar.
- Otros tres tienen uno o dos reconocimientos más separados por dos, cinco y nueve años en lo que podrían ser reintentos infructuosos para entrar, sin que tengan ni un solo parte de accidente que verifique su entrada.
- Tenemos también otros cinco historiales con al menos un parte. Salvo el primero, los otros cuatro se inscriben en trayectorias prolongadas en el tiempo:
  - En un caso el parte tiene lugar el año siguiente al de entrada y es su última observación.
  - En otro historial se acumulan diversos partes a lo largo de su trayectoria tanto antes del primer reconocimiento como con posterioridad a este, lo que indica que ya se encontraba trabajando cuando fue objeto de su primer reconocimiento, y podría ser el motivo de que la falta de visión no produjese ningún cambio en su situación laboral.



- En otro historial se comienza registrando “sin visión” (913,0932: 1913). Nueve años más tarde, “no tiene visión útil ojo derecho a pesar de venir del servicio. Que conste esta incapacidad. También tiene propensión a hernia inguinal” (1922). Se encontraba trabajando aun careciendo de visión y este hecho llama la atención del médico. Diez meses después ya tiene “disminuida la visión” (1922). Los siguientes reconocimientos seguirán recogiendo esa visión “disminuida”.
- Tenemos, por último, otros dos casos de larga trayectoria, de casi cuarenta años ambos, que son autorizados por la dirección en torno a 1926, casi quince años después de haber entrado. La autorización de la dirección permite la entrada al obrero o, como en estos casos, que el trabajador conserve su empleo después de firmar su incapacidad. Las características de esta *autorización de la dirección* se explicitan en 1913: “este obrero es admisible condicional, esto es, queriendo los jefes y firmando él que del ojo derecho no ve y que tiene propensión herniaria” (910,1233). El lapso de tiempo entre la declaración de inutilidad por parte del servicio médico de la empresa y el permiso de la dirección oscila entre los quince días y los tres meses. Este permiso no tiene una validez indefinida, al cabo del tiempo es necesario renovarlo<sup>51</sup>. Ambos continuarán unos 25 años más en observación después de su admisión condicional. En los reconocimientos de su última etapa aparecerá: “útil. Pérdida del ojo”.

Por lo que vemos en estos historiales, la falta de visión en un ojo es un obstáculo importante para la entrada al trabajo. Pero no era siempre insalvable. De los 14 casos, tenemos 8 sin partes que acrediten su entrada. Los 6 restantes, que con seguridad entraron, debían poseer alguna característica que no tiene reflejo en nuestra documentación. Sí parece claro que el ser calificado de *inadmisible* en el primer reconocimiento supone una dificultad mayor.

La valoración de utilidad, como ya sabemos, está lejos de seguir un criterio unívoco aun en un caso tan claro como el de la falta de visión. La diversidad de situaciones a las que puede dar lugar se ejemplifica bien en el historial siguiente:

# 911,0488 casi 40 años en observación. A la entrada (1911), no se registra su falta de visión. No sabemos si la sufría en ese momento o no. Un año después (1912) “tiene ya incapacidad, pues le falta la visión del ojo izquierdo”. Varios partes de accidente atestiguan su entrada en 1917, 1931 y a partir de 1939. Con una incapacidad manifiesta, en 1919 se hace constar: “es un incapacitado definido en la ley”. A los 13 años en observación se le declara “útil, le falta el ojo izquierdo” (1925). Diez meses después es “inútil, por faltarle el ojo izquierdo” (1926). Al mes siguiente es útil y firma la pérdida del ojo “autorizado por nota de dirección”. Cuatro años después (1930) se le declara inútil aunque esto no es obstáculo para su continuidad dado que encontramos un parte de accidente tres meses después. En 1931 vuelve a superar las retenciones con una nueva “nota de la dirección”. Su última observación la tenemos 17 años después en un parte de accidente (1948).

<sup>51</sup> Así le ocurrió a 911,0488 cuatro años después de su primera autorización.

No encontramos aquí una situación médicamente objetiva que dé lugar a un juicio consistente sobre la utilidad del obrero. Una misma situación constatada por el médico (*le falta el ojo*) puede ir precedida por *útil* o por *inútil* sin que encontremos en la documentación otros elementos que hayan podido jugar un papel en la valoración. Entre ambos extremos podemos encontrar diferentes valoraciones: *es de advertir que*, *admisible*, *admisible condicional*, *inadmisible*, *no debe admitirse* o simplemente la falta de juicio explícito sobre la utilidad.

### 3.2.2. Falta de visión estando en observación

Tenemos, por otra parte, 21 historiales cuya pérdida de visión tiene lugar una vez han entrado en observación.

- En 6 ocasiones, esta pérdida se produce tras una o más menciones de menor gravedad por lo que califico las pérdidas **de lenta formación**. Este término, sin embargo, debe ser tomado con mucha precaución. Cuando se registra *no ve*, resulta en ocasiones imposible distinguir entre lo que sería un diagnóstico más explícito que los anteriores a partir de un mismo estado morbos, o bien una agudización *real* de la condición previa en la que aún sí veía.

En los dos historiales siguientes la falta de visión incide sobre la trayectoria a partir del momento en que el diagnóstico médico la hace explícita. En adelante ya no podrá ser ignorada, provocando el cierre inmediato del historial o tras un breve periodo de tiempo. Cada uno proporciona además un ejemplo claro de la dificultad de discernir entre el agravamiento real de la dolencia y la falta de precisión en el primer diagnóstico.

# 925,0794 Siete años en observación. A la entrada se le identifica una “mancha extensa en córnea derecha” (1925). Casi cinco años después, en 1930, se repite el diagnóstico. Al año siguiente, “tiene una incapacidad definida como es la pérdida de visión del ojo derecho” (1931). Un año después se aclara que ocurrió, según la versión que aporta el propio obrero, “trabajando de pequeño con un contratista” (1932). Tres meses después, se repite la “incapacidad definida” y al día siguiente se registra la anotación “admisible por nota de la dirección”. Será su última observación. Llama la atención que el diagnóstico de mancha extensa que permanece cinco años se transforme en el periodo de un año en pérdida de visión causada de pequeño.

# 915,0426 23 años en observación. Tras sus primeros 20 años se le detecta “leucoma en córnea derecha” (1935). Tres años más tarde es útil a pesar de “leucoma con pérdida completa de la visión derecha” (1938). Este último cierra el historial.

En otras cuatro ocasiones, el obrero firma la incapacidad y con ello prolonga su trayectoria. En dos de ellos figura explícitamente su admisibilidad por nota de la dirección y otros dos son admisibles condicionales firmando:

# 904,0177 16 años en observación. Lo que empieza en “únicamente tiene un ligero pannus ojo izquierdo. Defectuoso por lo tanto” (1904), nueve años después pasa a ser: “del ojo izquierdo no ve o ve muy poco. Refiere haber padecido de este ojo de pequeño. Se nota córnea infiltrada” (1913). Posee 4 reconocimientos más hasta 1920 y ni un solo parte de accidente.

# 909,0390 25 años en observación. A la entrada, “tiene una mancha en el ojo izquierdo que le impide 1/2 visión, el derecho es normal, no tiene otro defecto” (1909). Ocho años después es “admisible, con mancha en ojo izquierdo que no ve” (1917). En 1924 firma por la mancha “que impide la visión”, permaneciendo 11 años más.

# 910,1233 14 años en observación. A la entrada es simplemente “admisible” (1910). Dos años después se hace explícito lo que probablemente en un primer momento se obvió: “admisible. Ojo derecho no ve bien” (1913). Tres meses más tarde se registra lo que no se había registrado hasta ese momento: “del ojo derecho no ve” (1913). Los siguientes reconocimientos persistirán en ese último diagnóstico. Entra firmando su defecto y permanece once años más. Su falta de visión es atribuida a una “catarata traumática por golpe de muchacho”.

# 913,1062 Seis años en observación. A la entrada, “manchas en ambas córneas, que reducen la visión a 1/4” (1913). A los dos años, “su visión es deficiente para el interior pues tiene manchas córneas tenues pero que limitan la visión, (por sarampión)” (1915). Tres años después encontramos ya la falta de visión explícita: “admisible, estrábico y no ve del ojo derecho del sarampión” (1918). Casi dos años más tarde encontramos su último reconocimiento en el que se le califica como “admisible condicional firmando” (1920).

- Tenemos otros 15 historiales en los que la pérdida de visión decimos que es **repentina y fortuita** por no contar con ninguna mención previa que señale un problema existente. En dos ocasiones sabemos que esta pérdida de visión es **ajena al trabajo** y así se recoge en el reconocimiento:

# 908,0626 30 años en observación. Sus ocho primeros años están bien documentados, contando como único elemento a destacar un orzuelo. A lo largo de los siguientes 18 años no disponemos de ningún tipo de información. Vuelve a aparecer en 1934 en lo que parece un intento infructuoso de entrada, dado que encontramos el siguiente aserto en el formulario de reconocimiento: “no se le reconoció pues no contestó la dirección a la nota” (1934). Al año siguiente “firma por tener pérdida de la visión del ojo izquierdo en accidente sufrido fuera de la sociedad” (1935) junto a una propensión herniaria. Continúa en observación cuatro años más.

# 914,0770 31 años en observación accediendo al puesto de picador. A los 12 años de su entrada figura en un reconocimiento: “útil. Pero cicatriz región inguinal derecha indicio operación hernia y pérdida total visión ojo izquierdo” (1926). Cuatro años después se especifica su origen: “inútil, tiene incapacidad definida, pérdida del ojo izquierdo, ajeno al trabajo, accidente de casa” (1930). Dos meses después es “admisible por nota de la dirección”, teniendo presumiblemente que firmar por su incapacidad y por una hernia operada. Continúa en observación con diversos partes de accidente casi 20 años después de la pérdida de visión.

En cuatro historiales de pérdida funcional repentina estando ya en observación, no tenemos información que nos permita dilucidar si el accidente se produjo o no *en trabajos de la Sociedad*. En ellos el reconocimiento que registra la pérdida cierra el historial. Son, en todo caso, historiales de larga trayectoria aunque no muy bien documentados.

### 3.2.3. Causas de la pérdida de visión en los casos no reconocidos como accidentes

#### *Leucoma*

- # 915,0426 23 años en observación. Con 20, tiene leucoma en córnea sin mención ocular anterior. Casi tres años después es útil aunque el leucoma supone ya “pérdida completa de la visión derecha”, a lo que se añade varicocele doble.

#### *Córnea infiltrada de pequeño*

- # 904,0177 16 años en observación. Entra en 1904 con un ligero pannus en ojo izquierdo que nueve años después aparece como: “refiere haber padecido de este ojo de pequeño. Se nota córnea infiltrada. Visión 1/10” (1913). Dos años más tarde, “del ojo izquierdo no ve” (1916).

#### *Sarampión*

- # 909,0390 25 años en observación. A la entrada, “mancha en el ojo que le impide media visión” (1909). En su siguiente reconocimiento, ocho años después, tiene “mancha en ojo izquierdo que no ve” (1917). Cuatro años más tarde se recoge la causa: “tiene pérdida de visión casi absoluta en ojo izquierdo por sarampión siendo niño” (1922). Dos años más tarde firma porque la mancha en el ojo izquierdo “impide la visión”.
- # 913,1062 Seis años en observación. Al ingreso, “manchas en ambas córneas que reducen la visión a 1/4” (1913). Dos años después sabemos que esas manchas son “por sarampión” (1915). Al año siguiente un nuevo reconocimiento en el que figura únicamente como admisible. A los cuatro años de entrar aparece con estrabismo (1917). Un año más tarde es “estrábico y no ve del ojo derecho del sarampión” (1918).

#### *Catarata traumática*

- # 910,1233 14 años en observación. Sin mención ocular a la entrada (1910). Dos años después, “del ojo derecho no ve bien” (1913). Cuatro años más tarde, “no tiene visión en ojo derecho” (1917). Diez días después, “del ojo derecho no ve por catarata traumática en fragua de su pueblo” (1917).
- # 913,0910 Ocho años en observación. Con un accidente al mes de entrar que verifica su ingreso efectivo. A la entrada, “le falta visión en ojo izquierdo por catarata traumática (desde pequeño)” (1913).

#### *Accidentes de pequeño*

- # 910,1273 Un único reconocimiento en el que se señala que “no tiene visión en el ojo izquierdo por lesión antigua a los 10 años en casa de A. B. en Belmez” (1910).
- # 917,0391 13 años en observación. Con dos años documentados mediante partes de accidente aparece un reconocimiento que el médico recoge como el primero

en la Sociedad: “antes abonos químicos” (1917). En él se anota “tiene falta de visión ojo derecho por herida sufrida de niño”. Continúa once años más.

# 925,0794 Siete años en observación como peón en la central eléctrica. A la entrada, “tiene mancha extensa en córnea derecha” (1925). Cinco años después ya es “pérdida de visión del ojo derecho” (1931). Al año siguiente nos aclaran el origen: “dice que perdió el ojo trabajando de pequeño con un contratista (albañiles)” (1932).

### Otros

# 914,0770 31 años en observación alcanzando el cargo de picador en labores mineras de interior. Doce años después de su entrada encontramos su primera mención a problemas oculares: “pérdida total visión ojo izquierdo” (1926). Cuatro años después conocemos la causa: “pérdida del ojo izquierdo ajena al trabajo, accidente de casa” (1930).

# 916,0918 Un año en observación. A la entrada, “es tuerto no ve del ojo derecho que está atrofiado” (1916). Seis meses después, en un parte de accidente por herida contusa en mano derecha, se anota: “falta visión ojo derecho y epífora ajena a accidente”.

#### 3.2.4. Pérdidas de visión en trabajos de la Sociedad

En los nueve historiales en los que el ojo o su visión se han perdido *en lesión sufrida en trabajos de la Sociedad*, no encontramos en los reconocimientos posteriores objeción alguna a la deficiencia y sí recordatorios continuos de su origen. Aunque eso también tiene fecha de caducidad:

# 916,0126 25 años en observación. Al año de entrar sufre la pérdida del globo ocular por herida incisa (1917). En su siguiente reconocimiento, seis años más tarde (1923), se recuerda este hecho y se le declara útil. 24 años después del suceso es el obrero el que ha de recordarlo: “útil, tiene pérdida de la visión del ojo izquierdo según él por accidente en trabajos de la sociedad” (1941).

Los accidentes en los que se produjeron estas pérdidas están documentados en todos los casos menos uno. Con los ocho que sí lo están distingo entre un primer grupo formado por cinco historiales en los que la pérdida tiene lugar entre 1912 y 1917, al comienzo de las trayectorias, y un segundo, formado por otros tres, donde se produce a partir de 1932, en la última fase de las trayectorias.

#### *Pérdidas de visión anteriores a 1920*

De los ocho casos documentados, cinco se concentran en una franja estrecha del calendario, entre 1912 y 1917. Cuatro de ellos entre 1916 y 1917, en un período superior al año por unos días (el primero de ellos ocurrió el 13.04.1916 y el último el 25.04.1917). Esta coincidencia no es casual. Los tiempos en observación hasta que se producen estos cuatro accidentes son muy elocuentes. En una ocasión transcurren 12 meses desde la entrada hasta el accidente (916,0126). En dos únicamente transcurren tres meses (917,0187 y 936,0439). En todos estos casos, se notifica el accidente a la alcaldía. Encontramos un último caso en que la entrada tiene lugar con el mismo parte

en el que se produce el accidente de fatales consecuencias para su vista. Este caso resulta anómalo ya que siete años después tenemos su primer reconocimiento en el que se señala precisamente esa condición. Parece claro que entró sin examen médico previo.

Para entender las especiales circunstancias de estos años podemos mirar la serie anual de reconocimientos y los índices de incidencia. De acuerdo con la primera, en 1916 tenemos la cifra de reconocimientos más elevada de toda nuestra serie. En ese año el número de reconocimientos se eleva un 46% sobre el año anterior. Bien es cierto que la serie viene incrementándose año a año desde su inicio, pero hasta ese momento no había experimentado un aumento relativo tan elevado. Los índices de incidencia son muy elevados en 1917, únicamente superados en 1934. El valor de 1916 también se sitúa en la franja alta, siendo el sexto más elevado de la serie. Estas cifras globales son aún más elocuentes cuando pasamos al detalle: resultan especialmente elevadas entre aquellos que aún no han cumplido su quinto aniversario en observación. Concretamente, la cifra más elevada de accidentes la encontramos en 1917 entre aquellos que aún no han cumplido su primer aniversario en el empleo.

Son los años de la Primera Guerra Mundial en los que el precio del plomo experimenta un alza importante. La SMMP aprovechará la situación para incrementar la producción en lo posible. Toda fuerza de trabajo es poca y serán muchos los trabajadores contratados de toda edad y condición. Muchos permanecerán únicamente lo que dure la coyuntura alcista. Con la entrada masiva de mano de obra poco experimentada y las presiones para el incremento de la producción, los recién llegados pagarán un precio importante en términos de siniestralidad. Ya he recogido con anterioridad la denuncia sindical en la que se señalan las duras condiciones de trabajo en esos años.

En este punto encontramos el sello de la gestión paternalista al prolongar la trayectoria de la mayoría de los afectados sin demasiadas complicaciones. Lo ejemplifican los cuatro casos de pérdida de ojo documentada, ocurrida entre 1916 y 17, con una duración mínima de 17 años en observación, y máxima de 28. Con el de 1912, el número máximo se eleva a 36.

### *Pérdidas de visión posteriores a 1920*

Quedan otros tres casos de accidentes ocurridos en el interior de la sociedad y documentados, pendientes de analizar. Son aquellos en que la circunstancia aquí estudiada tiene lugar avanzada ya la trayectoria. En ellos, un parte de accidente registra la incapacidad parcial permanente y no figura el aviso a la alcaldía. En dos, el accidente cierra el historial (906,0174 y 922,1029). En un tercer caso (923,1333) encontramos la última observación menos de dos años después de la pérdida, en un nuevo accidente.

Así pues, accidentes que cierran trayectorias. Trayectorias de mediana y larga o muy larga duración, de 9, 20 y 41 años. Uno, herrero y ajustador trabajando en talleres

(906,0174). Otro, ajustador también en talleres (922,1029). Un último caso, vagonero y picador en la mina San Rafael (923,1333). No siguió colocación en un *puestecito*<sup>52</sup>.

# 923,1333 Ya comentado en úlcera. 20 años en observación en labores mineras de interior. Pierde el ojo derecho año y medio antes de su salida por contusión en córnea: “catarata traumática y pérdida de visión” (1942). Llama la atención que 22 meses antes (1941) tuviese úlcera –traumática, a juzgar por el resto de lesiones en cara– en la córnea del mismo ojo. Resultado: “incapacidad parcial permanente para su trabajo habitual”. 20 meses después (1944), acredita presencia en trabajos subterráneos por un parte de accidente, sin que se conozca el puesto que desempeñaba, en lo que será su última observación.

De este caso llaman la atención dos cosas. La primera es la coincidencia de una úlcera en el mismo ojo año y medio antes del último accidente que nos consta. Parece que nos encontramos ante un caso de pérdida de visión casi dos años después de ocurrido el accidente original. Quizás por la falta de atención adecuada, o tal vez una complicación sobrevenida con el tiempo. Por otro lado, parecería que la incapacidad parcial permanente (IPP) no limita inmediatamente su trabajo puesto que sigue en el interior de la mina un mínimo de 20 meses más. Puede que se trate de un error de identidad explicable por la falta de datos del último parte.

En este punto llama la atención el obrero que pierde la visión *en la Sociedad* sin que tengamos documentada la pérdida. En este caso no encontramos ningún parte referido a ese accidente. Tampoco consta declaración de IPP. El obrero vuelve a aparecer casi una década después:

# 925,0429 22 años en observación en talleres. A la entrada, es útil (1925). 14 años después, “útil, pérdida del ojo derecho por accidente en trabajos de la sociedad” (1940). Ocho años más tarde aparece por una herida contusa en la mano izquierda (1948).

### *Causas de pérdida de visión en accidente de trabajo*

¿Cómo han perdido la visión o el ojo? Tenemos tres tipos de casos: una quemadura profunda con sosa cáustica (910,0262), tres por contusión (906,0174; 923,0687 y 923,1333) y cuatro por herida penetrante (916,0126; 917,0187; 922,1029 y 936,0439).

### *IPP frente a alcaldía*

Entre 1917 y 1932 ocurre un cambio en la gestión de los casos de pérdida de la visión por accidente. En los cinco primeros partes con pérdida, todos de 1917 o anteriores, se pasa aviso a la alcaldía y así se señala en el parte. En los tres últimos, posteriores a 1932, en el apartado donde se recoge el resultado del accidente figura explícitamente la incapacidad parcial permanente.

<sup>52</sup> 917,0391. A los dos años de entrar y con falta de visión en ojo derecho, tras una fractura de 4º y 5º metacarpiano en la mano derecha complicada con heridas en dorso y palma, el obrero rechaza el alta alegando que no tiene fuerza, lo que motiva la siguiente anotación del médico: “son pretensiones injustas buscando puestecito o dinero”.

Ambos tienen diferentes consecuencias para los obreros. Como ya se ha dicho, todas las pérdidas a lo largo de las dos primeras décadas se sitúan al comienzo de trayectorias largas. En las pérdidas que tienen lugar a partir de 1930, el parte en el que figura la IPP suele cerrar el historial –con una sola excepción. Pero llama la atención una aparente contradicción. Los casos de IPP tienen lugar entre 1932 y 1947 y coinciden con reconocimientos pertenecientes a otros historiales en los que se recoge la falta de ojo tras accidente ocurrido en las primeras décadas del siglo. En conclusión, la causa de la salida de observación no es la falta del ojo, es la incompatibilidad del trabajo con la percepción de la indemnización.

La LAT de 1922 modifica las obligaciones del patrono derivadas de la declaración de la IPP y con ello el tratamiento que se otorgará a partir de ese momento a los nuevos casos de pérdida de la visión. La **LAT de 30 de enero de 1900** en su art. 4º, aptdo. 3º, recoge:

Si el accidente hubiese producido una incapacidad parcial, aunque permanente, para la profesión ó clase de trabajo á que se hallaba dedicada la víctima, el patrono quedará obligado *á destinar al obrero con igual remuneración á otro trabajo compatible con su estado, ó á satisfacer una indemnización* equivalente á un año de salario á elección del patrono [destacado mío].

En la **LAT de 10 de enero de 1922** ya no aparecerá esa primera posibilidad. Su art. 4º establece:

Los obreros tendrán derecho a indemnización por los accidentes indicados en el artículo 2º que produzcan una incapacidad para el trabajo absoluta o parcial, temporal o permanente, en la forma y cuantía que establecen las disposiciones siguientes: [...] 4ª Si el accidente hubiera producido una incapacidad parcial y permanente para la profesión o clase de trabajo a que se hallaba dedicada la víctima, el patrono deberá *satisfacer a ésta una indemnización* equivalente a un año de salario [destacado mío].

Esta modificación tendrá como consecuencia la salida de observación de los casos de IPP. Sin embargo, no tendrá ningún efecto en los casos de falta de visión que ya se encontraban en la Sociedad.

### 3.2.5. Influencia de la pérdida de visión en la trayectoria

El análisis del efecto que tiene la falta de visión sobre la trayectoria obrera en la empresa, permite identificar un primer criterio: el hecho de que la pérdida sea anterior o posterior al momento en que se comienza a trabajar en la empresa. Cuando el reconocimiento detecta la falta de visión y el obrero no se encuentra trabajando, el resultado es la no admisión. Se cierra el historial con el reconocimiento. Encontramos dos excepciones que muestran los límites de esta medida. Aquellos que ya estaban trabajando con anterioridad a ese primer reconocimiento mantienen una trayectoria más o menos prolongada<sup>53</sup>, poniendo de manifiesto que el límite se encuentra en la nueva incorporación. Por otra parte, es posible acceder a la empresa obteniendo la autorización de la dirección, como muestran dos casos, teniendo acceso así a una trayectoria de, como mínimo, tres años en observación.

<sup>53</sup> Considero aquí *trayectoria prolongada* aquella cuya salida de observación tiene lugar más de tres años después. En la práctica, tenemos una con otros cuatro años, superando el resto los cinco años.



## Pérdida de la visión

- 1) **Anterior a la entrada [14]**
  - a) **Inadmisibles en primer reconocimiento [4]**
    - [3] No entran
    - [1] Entra 15 años después
  - b) **No inadmisibles [10]**
    - [5] No entran
    - [1] Permanece un año en observación
    - [2] Ya estaban trabajando. Trayectoria prolongada
    - [2] Autorizados por Dirección. Trayectoria prolongada
- 2) **Posterior a la entrada [21]**
  - a) **Formación lenta [6]**
    - [2] El diagnóstico cierra el historial
    - [4] Admitidos firmando. Tres con trayectoria prolongada
  - b) **Repentina [15]**
    1. **Ajena al trabajo [2]**
      - Firman y permanecen con trayectoria prolongada
    2. **Sin información [4]**
      - El diagnóstico cierra el historial
    3. **En trabajos de la Sociedad [9]**
      - i. **Anteriores a 1921 [5]**
        - Notifica alcaldía. Trayectorias prolongadas
      - ii. **Posteriores a 1920 [3]**
        - IPP.
        - [2] Concluye la trayectoria
        - [1] Permanece 20 meses más en observación
      - iii. **Desconocido [1]**

Fuente: HMP reconocimientos médicos y partes de accidente. Elaboración propia.

**Figura 17. Pérdida de la visión y permanencia en la empresa.**

Cuando se detecta la falta de visión en un reconocimiento realizado a un obrero que se encuentra trabajando en la empresa, su registro cierra la puerta a la continuidad. Encontramos, sin embargo, un mismo número de casos en los que el trabajador permanece en la empresa firmando la existencia de la incapacidad, con idea de que no pueda ser reclamada después. En este punto entra en funcionamiento el segundo criterio. Si la pérdida ha tenido lugar en trabajos de la empresa, la continuidad inmediata resulta mucha más fluida, casi sin obstáculos tras la pertinente firma. Si la pérdida es ajena a los trabajos de la empresa se requiere el visto bueno de la dirección y la firma de la incapacidad consiguiendo así el acceso a una trayectoria prolongada. El tercer criterio es normativo. La LAT de 1922 elimina la posibilidad –que sí existía en la LAT de 1900– de reincorporar al obrero en el mismo o diferente puesto y únicamente contempla el pago de la indemnización por incapacidad parcial permanente. Al mismo tiempo establece la creación de un servicio especial de reeducación de los inválidos del trabajo (art. 23). En la práctica de la SMMP, estas modificaciones supondrán, para los

nuevos accidentados, el cobro de la indemnización y el fin de su relación con la empresa. Su salida de observación coexistirá con la permanencia de aquellos que perdieron la visión con anterioridad al cambio normativo o que la pierden, a partir de ese momento, por causas ajenas al trabajo y carecen por tanto de derecho a indemnización<sup>54</sup>.

En definitiva, concluyo afirmando que la pérdida de visión por sí misma no es incompatible con el trabajo. Dificulta mucho la entrada cuando se detecta sin que se haya trabajado antes en la empresa y, fundamentalmente, provoca la salida de la empresa cuando se percibe indemnización por una pérdida debida al trabajo. Aquellos que continúan trabajando con la visión de un solo ojo no muestran limitaciones en su trayectoria en la minería de interior, llegando a alcanzar en ocasiones el puesto de picador. La empresa está dispuesta a asumir los costes de la pérdida en aquellos obreros que ya se encuentran trabajando para ella y lo hace siempre que la pérdida ha tenido lugar como consecuencia del trabajo, pero no da entrada a aquellos que ya presentan la incapacidad. Protege a los suyos pero no asume los costes que proceden del exterior en un rasgo característico del modelo paternalista de gestión. La modificación legislativa de 1922 pone límites a esta práctica. Un segundo rasgo se pone de manifiesto en la importancia numérica de las excepciones, que muestra con claridad el carácter graciable de las medidas.

---

<sup>54</sup> Pérez Castroviejo describe, en los Altos Hornos de Vizcaya, una realidad completamente diferente a esta. La empresa rechazó sistemáticamente las solicitudes de retorno al trabajo que presentaban los accidentados –incluso en puestos acordes con su minusvalía– apoyándose para ello en el texto de la LAT de 1900. A partir de 1922 la nueva redacción de la Ley permitió la *reeducación* de los accidentados y su recolocación en puestos adecuados a sus capacidades (Cfr. Pérez Castroviejo 2012, p. 196).

## 4. Estrabismo

### 4.1. Trayectorias con menciones a estrabismo

El registro del estrabismo es bastante exhaustivo en la mayoría de los historiales y comienza desde la entrada en observación. Este seguimiento está justificado por tres razones:

- a) Su influencia sobre la agudeza visual<sup>55</sup>;
- b) Su consideración por el servicio médico de la empresa como indicador de epilepsia<sup>56</sup>;
- c) Su utilidad para la identificación de los obreros.

#### *Momento del calendario*

No encontramos referencia alguna al estrabismo durante los diez primeros años de nuestro periodo de observación. Tampoco encontramos ningún caso que entrando antes de 1910 fuese diagnosticado después de esa fecha: ¿no existían o no se registraban? Todos los identificados entran con posterioridad a 1909. Esto hace que sean dos los únicos historiales de estrabismo en la primera cohorte frente a 18 en la segunda y 9 en la tercera.

#### *Momento de la trayectoria*

Del total de 29 historiales con estrabismo, tenemos 20 que comienzan con este diagnóstico. De los nueve restantes, dos lo registran en los dos primeros años del historial. De los últimos siete casos, tenemos uno que parece ser el resultado de un accidente ocurrido en la Sociedad y documentado:

# 925,0171 Ya citado con anterioridad. 15 años en observación en la planta química. A la entrada (1925), únicamente se señalan sus pies planos. Casi tres años más tarde (1928), presenta parte de accidente aunque la papelilla le es devuelta al ingeniero por el médico: “Conjuntivitis doble más agudizada ojo izquierdo que no constituye accidente de trabajo”. Según anota el médico, “nos dijo le había entrado pedazo cartón de amianto impregnado de ácido. Presentaba flictena”. Casi dos años después es simplemente “útil, (pies planos)” (1929) aunque con referencias a otros reconocimientos anteriores y posteriores. Al año siguiente presenta “estrabismo externo del ojo izquierdo y conjuntivitis derecha” (1930). El estrabismo seguirá figurando en todos sus reconocimientos a partir de ese momento.

Otros cinco registran su primer diagnóstico en la segunda mitad de su trayectoria. De ellos tenemos un primer historial con un error de identificación producido en el

<sup>55</sup> “Estrabismo acentuado que disminuye la agudeza visual” (909,0728: 1937).

<sup>56</sup> “Es estrábico que suelen ser epilépticos” (914,0751: 1914).

proceso de reconstrucción de los historiales. En los cuatro restantes, el estrabismo parece haber quedado relegado a un segundo plano, bien por su escasa entidad, bien por la existencia de otras señales de mayor relevancia.

# 916,1019 Siete años en observación en industria metalúrgica. Se registra el estrabismo en su segunda y última observación: a los siete años del inicio del historial, “ligero estrabismo” (1924). Se puede pensar que no se recoge desde el primer momento por dos razones. La primera es que el estrabismo es *ligero*, por lo que carecería de importancia. La segunda es que a la entrada se dispone de otra *seña* que permite su identificación: “cicatriz en frente por coz de potra”, (1916) con lo cual pierde el estrabismo su segunda función.

# 925,0994 23 años en observación alcanzando el puesto de picador. No encontramos ninguna mención ocular en todo el historial, a excepción de su estrabismo al cabo de 13 años en observación (1939). Sí existe un seguimiento bastante estrecho de su acentuada propensión herniaria, lo que llevaría quizás a olvidar una dolencia *secundaria*.

# 912,1501 15 años en observación en la central eléctrica y finalmente de ayudante electricista en la planta química. En este periodo solo cuenta con dos reconocimientos y dos partes. A la entrada, “tiene el defecto de que no ve bien por el ojo izquierdo, su agudeza visual es 1/6” (1912). En su segundo y último reconocimiento: “estrabismo convergente izquierdo” (1928). El *no ve bien* pasa a ser estrabismo sin que sepamos si se trata de una misma realidad descrita con otro nombre o bien que su situación anterior ha evolucionado.

# 913,1062 Ya citado en varias ocasiones. Combina en un mismo historial diferentes menciones. Desde un primer momento se registran manchas en ambas córneas “que reducen la visión a 1/4” (1913). Cuatro años más tarde aparece su primera mención a estrabismo (1917). Al año siguiente es “estrábico y no ve del ojo derecho del sarampión” (1918). Año y medio después, en su última observación, “firmando por pérdida visión ojo derecho” (1920). No sabemos si el estrabismo surgió en la evolución de su problema ocular o se encontraba presente desde un primer momento aunque quedase oculto por los aspectos recogidos en su historial.

### *Estrabismo y epilepsia*

Encontramos cuatro historiales en los que se hace explícita la posible relación entre estrabismo y epilepsia, únicamente confirmada en la documentación en dos de ellos. Todas estas menciones se encuentran entre 1914 y 1917 salvo una, la segunda de un historial, que aparece en 1920.

# 914,0751 Tan solo una mención al estrabismo, en la entrada “es estrábico que suelen ser epiléticos” (1914).

# 916,0413 10 años en observación. A la entrada, “es estrábico concéntrico del derecho. No hay síntoma visible de epilepsia, aunque se sospecha” (1916). Ocho meses después: “inadmisible. [...] refiere haber sufrido el último ataque epilético hace 7 meses y efectivamente, tiene señas en los bordes de la lengua de habérsela mordido” (1916). Cuatro meses más tarde: “admisible condicional, brazo izquierdo más corto que derecho por habérselo roto siendo niño, estrábico concéntrico, [...] no presenta síntoma de epilepsia

aunque se sospecha” (1917) y remite al primer reconocimiento pero no al segundo en que era inadmisibile. Seguirá en observación sin más referencia al estrabismo que los números de los reconocimientos anteriores. Entre ellos no se incluye el que prescribía su inadmisibilidad.

# 916,2158 No llega a cumplir un año en observación, aunque tenemos un parte de accidente que acredita su entrada entre los dos reconocimientos que abren y cierran el historial. A la entrada, es “admisibile condicional. Es estrábico, tuvo ataques epilépticos, tiene linfoma inguinal derecho con propensión herniaria. Que observen si le dan ataques para que no trabaje” (1916). En su última observación se recoge que es estrábico sin referencias a posibles ataques de epilepsia.

#916,2849 Cuatro años en observación como pinche y picador en las minas. A la entrada “Admisibile. Estrábico. Sospechoso de epilepsia” (1916). Su siguiente observación tiene lugar cuatro años después (1920), en lo que supone su salida de observación, repitiéndose el mismo diagnóstico.

### *Utilidad*

El estrabismo por sí solo no es un obstáculo para que se declare *útil* al obrero. Muchos casos están seguidos de esta valoración. Pero también encontramos en número importante la declaración de *admisibile*. En pocas ocasiones figura la admisibilidad condicional y esta está vinculada a la sospecha de epilepsia. En otro historial (925,0884) figura la firma 22 años después del ingreso, habiendo sido detectado de forma continuada el estrabismo a lo largo de sus seis primeros años de observación: “Útil, tiene firmado su defecto de visión” (1948).

En un historial ya comentado por registrar un ataque epiléptico (916,0413) figura “inadmisibile” en el reconocimiento que hace mención a este, ocurrido siete meses antes. Los próximos ya no volverán a hacer referencia a este suceso.

### *Combinación con otras menciones*

El estrabismo coincide en los historiales con menciones a pannus (912,0217), mancha corneal por sarampión (913,1062), conjuntivitis química (925,0171), discrásico (heredo-sifilítico, en 915,0652) y con temblor pseudocoreico (925,0884).

## 5. Síntesis del análisis de las trayectorias

A continuación se condensan, agrupadas, las principales conclusiones extraídas del análisis cualitativo de las trayectorias laborales, pertenecientes a nuestras cohortes, afectadas por riesgos oculares.

### 5.1. Historiales con señales que afectan a la conjuntiva, al párpado y al sistema lagrimal

La **triquiasis** puede surgir entre otras razones como consecuencia de una blefaritis o del tracoma. De seis historiales con triquiasis encontramos menciones a blefaritis en cuatro. Por ambas razones analizamos juntos triquiasis y blefaritis. La **blefaritis** se detecta en los primeros reconocimientos del historial en la mitad de los casos. Pero también la encontramos en partes, en los que aparece para negar el carácter de accidente. Si bien podría parecer que la detección precoz iría encaminada a prevenir accidentes considerados fraudulentos o improcedentes, en la práctica ninguno de los historiales implicados cuenta con detección previa de blefaritis: esta se identifica cuando es necesario en el momento de la atención al accidentado. Aparece asociada con orzuelos, también con infecciones lagrimales, con conjuntivitis y con tracoma. Hay dificultad para distinguir blefaritis de conjuntivitis y blefaroconjuntivitis. La blefaritis podría ser la manifestación externa de diferentes procesos diferenciables en un nivel de análisis más detallado. Sí diferencio, a partir de su comportamiento observado – aunque con numerosas cautelas debido a la falta de información –, entre blefaritis crónica y blefaritis a secas, debido a la mayor exhaustividad en el registro de la primera. De 42 historiales con blefaritis y triquiasis, 23 entran en observación con menciones a blefaritis crónica, orzuelos o infección lagrimal, apuntándose los problemas oculares desde el primer momento. La blefaritis sin calificativos no se registra de manera tan exhaustiva dado que aparece por primera vez en partes sin mención anterior, es decir, se registra cuando es necesario. Esto mismo ocurre con la **blefaroconjuntivitis** que encontramos en partes sin que hayan sido detectadas con anterioridad. En general, la blefaroconjuntivitis se registra en los primeros años. De los distintos tipos de blefaroconjuntivitis mencionados, aquellos en los que se señala su carácter crónico figuran de manera más exhaustiva en los historiales.

Con **blefaroptosis** hay, de un total de cuatro historiales, uno de mayor gravedad, que impide la visión. Es el único del que no existe constancia de su ingreso efectivo al carecer de partes de accidente. Tres se detectan a la entrada. De los cuatro casos de **ectropión**, encontramos un gran seguimiento en los historiales. En uno de ellos, encontramos una queratitis traumática en el mismo ojo del ectropión al final de la trayectoria.

Los **orzuelos** se detectan entre 1905 y 1917, con un vacío entre 1914 y 1915, más un caso aislado en 1931. Son 22 casos, de los cuales 13 figuran a la entrada en observación y otros tres en su primer año. La media no alcanza dos menciones de orzuelos por historial. Son diagnósticos preventivos que, en más de la mitad de los casos, encontramos bajo la fórmula *propensión a* u *orzueloso*. De los 22, en seis ocasiones encontramos otras menciones en los historiales. Tres de ellas son accidentes

traumáticos ocurridos más de veinte años después del registro del orzuelo. En cuatro, figura junto a blefaritis, blefaritis crónica o blefaroconjuntivitis. El registro del orzuelo, a juzgar por los historiales, no parece indicar ningún tipo de predisposición relevante en el estado de salud del obrero. Sí encontramos alternancia entre orzuelo y blefaritis y viceversa, como diferentes denominaciones de una misma dolencia.

Las **afecciones lagrimales** comprenden diferentes procesos que afectan a las vías lagrimales. Son un total de 24 historiales, de los cuales 14 tienen infección lagrimal en sentido estricto. En cinco casos se detecta la infección a la entrada, dos de ellos hacen referencias a infecciones ya pasadas. Las infecciones lagrimales aparecen entre 1914 y 1917. Fuera de ese periodo tenemos dos casos excepcionales. La infección lagrimal supone, en varias ocasiones, retenciones del médico a la contratación en la forma de admisión condicional. Además de las infecciones tenemos 9 historiales con **dacriocistitis**, siendo tres de ellos para dar constancia de una operación de dacriocistitis ya realizada. De estos tres, dos comunican la operación sin haber tenido información alguna sobre la dacriocistitis con anterioridad. En un tercer caso, tan solo había una noticia anterior. Esto indica que pueden existir más casos de dacriocistitis que no han dejado rastro en la documentación. A pesar de que no tenemos constancia de todos los casos de dacriocistitis, hay varias comunicaciones en las que el médico señala los riesgos de padecerla en un medio pulvígeno. De los nueve historiales, en tres se señala la dacriocistitis a la entrada. En tres historiales aparece el diagnóstico en dos ocasiones a lo largo del mismo, indicando cierta presencia continuada. Encontramos diagnósticos de dacriocistitis entre 1907 y 1909, seguidos de un vacío de 15 años –con dos excepciones en 1915 y 1920– hasta 1925. O estamos frente a una proliferación ocasional de casos o el hecho de que se preste atención a estos signos está en función de criterios administrativos o de sensibilidad del médico. La dacriocistitis suele generar objeciones a la contratación, que encontramos en cuatro de siete diagnósticos. De 23 casos con infecciones lagrimales o dacriocistitis, ocho aparecen en combinación con otras dolencias en un mismo historial. Dos casos con blefaritis crónica. Un tercero sufre una progresión a lo largo de 15 años que comienza en mancha en ojo, pasa por dacriocistitis y concluye sin visión por tracoma. Otro caso más comienza con mancha en ojo y 11 años más tarde se señala en un parte que fue operado de dacriocistitis. También dos casos en los que coincide sífilis e infección de vías lagrimales en un mismo historial. En otro historial se señala la dacriocistitis un año después de indicar queratoconjuntivitis doble, señalando al mismo tiempo que se ha curado de la “conjuntivitis”. En un último historial tenemos 14 años de vías lagrimales infectadas que llegan en diversas ocasiones a producir úlceras corneales –esto se señala en dos ocasiones separadas por nueve años.

La **conjuntivitis**, hasta 1920, aparece únicamente en la serie documental de reconocimientos, procedentes de los tres grupos de cohortes estudiados, en un total de 21 historiales, en 14 de ellos a la entrada. A partir de 1925 tenemos 6 reconocimientos y 33 partes de accidente. Tenemos 60 historiales en total y en solo uno de ellos se menciona dos veces la conjuntivitis. Parece, por tanto, que cumplía el papel de diagnóstico preventivo intentando evitar la simulación o la imputación considerada impropia de accidentes. Pero a partir de 1925 los diagnósticos preventivos dejan paso a partes de accidente. En la mayoría de ellos la conjuntivitis lleva al médico a negar el carácter de accidente (8 casos). Encontramos también

atenciones rápidas de entrada y salida (otros 10 casos). La relación entre conjuntivitis y agresiones previas o posteriores no aparece documentada, apenas un caso en el que una conjuntivitis en ambos ojos se presenta al mes de una conjuntivitis traumática en el derecho. La conjuntivitis parece ser utilizada como forma genérica de referirse a problemas oculares, dado que figura junto a numerosas infecciones, más como otra denominación que como proceso diferenciado. Así ocurre con blefaritis, blefaritis crónica, blefaroconjuntivitis y conjuntivitis óculo-palpebral. También parece utilizarse la conjuntivitis crónica como sinónimo de tracoma. Encontramos igualmente una conjuntivitis que, en un plazo de cinco meses, se transforma en pterigión. Otra conjuntivitis aparece junto a una úlcera central en córnea. En otro historial, una queratitis puntiforme o ulcerosa que figura junto a blefaroconjuntivitis se registra cuatro meses después como *propensión a conjuntivitis*. Tenemos 71 casos de **conjuntivitis química, térmica o traumática** con cierta concentración en los primeros años de observación, hasta 1920, y más claramente en el último año de observación, a partir de 1930 o, sobre todo, de 1940. En un caso encontramos una “conjuntivitis [por] brea” en el reconocimiento de entrada, ocho años antes de señalar pterigión en otro reconocimiento.

Tenemos 11 historiales en los que se indica **tracoma**, ya sea bajo esta denominación o como conjuntivitis granulosa o incluso como conjuntivitis crónica. Entre la documentación no aprecio interés en identificar el tracoma como proceso. Generalmente se aporta como causa del signo que se detecta como así se explicita para mancha en ojo, opacidad corneal y blefaroptosis, *consecutivas a tracoma*. Así, es posible que este se encuentre detrás de numerosas dolencias en las que ni se señala ni se identifica como causa. El tracoma aparece vinculado a otros muchos signos como blefaroptosis, queratitis ulcerosa, pterigión o incluso al “carácter escrofuloso”.

De la progresión que supone el tracoma y su carácter de dolencia multiespectro nos podemos hacer idea a través del historial 905,0308, expuesto en numerosas ocasiones. En él, el obrero entra en observación con mancha producida por tracoma. 11 años después encontramos epífora e infección lagrimal. 15 años más tarde tenemos una opacidad corneal causada por el tracoma. Durante todo este tiempo va perdiendo simultáneamente la visión. En su última observación aparece como *útil*.

## 5.2. Historiales con señales que afectan a la córnea, al cristalino y a la úvea

Tenemos 16 historiales en los que se señala **queratoconjuntivitis** (QC) y en todos ellos encontramos una única mención. 14 de ellas son partes de accidente. En seis casos nos encontramos ante QC traumáticas o químicas cuyo origen fortuito es explícito. En otros siete no se explicita, por lo que no se puede aclarar si es de aparición brusca o bien consecuencia de un proceso prolongado. Los tres casos restantes sí señalan su carácter infeccioso. El primero de estos últimos recoge en un único reconocimiento una queratoconjuntivitis crónica. En el segundo, en otro primer reconocimiento, el médico indica la conveniencia de curarse antes de la entrada al trabajo. El tercero aparece en un parte para negar su condición de accidente. Solo tenemos constancia de QC infecciosa cuando se detecta a la entrada o cuando se utiliza para negar un accidente, por lo que cabe pensar que los casos de QC infecciosa permanecían en



buena medida ocultos a nuestros registros. Esta supuesta infradeclaración haría ineficaces las recomendaciones para la curación previa a la admisión al trabajo.

Encontramos cierta confusión entre QC y conjuntivitis. En un caso de accidente, lo que figura en origen como QC traumática pasa a denominarse una semana después conjuntivitis por contusión. Otra QC se convierte un año después en conjuntivitis química y tres años más tarde se dice queratitis ulcerosa con hipopión y edema palpebral. Coincide en un historial con dacriocistitis; en otro encontramos al mismo tiempo QC en un ojo y conjuntivitis en el otro. Al año de entrar en observación, un herrero tiene un parte por QC traumática y 11 años después otro nuevo parte por queratitis traumática en el mismo ojo.

El **pterigión** se forma en ambientes pulvígenos y expuestos a la sequedad, por lo que podría esperarse su aparición en fases avanzadas de la trayectoria, como resultado de un proceso degenerativo. De siete historiales, en uno aparece en la entrada y en otro al primer año de observación. En el resto de casos transcurre un mínimo de ocho años hasta su aparición. Tenemos un historial con registro exhaustivo (912,0102) verificado en cuatro menciones que figuran en cinco reconocimientos a lo largo de seis años. Otro historial no exhaustivo (908,0634) en el que, tras figurar en dos reconocimientos, transcurren 15 años y cuatro reconocimientos en blanco hasta que vuelve a aparecer como operado de pterigión. A juzgar por nuestros registros, más que asociado a condiciones ambientales, el pterigión aparece vinculado a otros procesos infecciosos que, eso sí, pueden haber contribuido a la sequedad del ojo. Tenemos cuatro coincidencias con otras tantas afecciones:

- Blefaritis, desde la entrada, en punto lagrimal superior que, tras diez años en observación, se ha transformado en pterigión en el mismo ojo en su última observación.
- Con cuatro años en observación se le extrae partícula en córnea izquierda, cinco años después conjuntivitis que genera parte de entrada y salida, y cuatro meses después “pterigión ajeno a accidente”.
- A la entrada, “conjuntivitis [por] brea”; ocho años después, pterigión y, tras otros 15 años sin menciones, aparece operado de pterigión.
- Tras 11 años en observación aparece pterigión en ojo derecho: “ha padecido tracoma y cicatriz de úlceras antiguas”; no habrá más menciones oculares con posterioridad a esta en los cuatro años que le restan en observación.

Hay también un caso de pterigión en un historial a cuya entrada se recoge la sospecha de sífilis.

Tenemos noticia de la **queratitis** en 21 historiales. Solo en dos ocasiones figura en reconocimientos, a razón de uno por cada historial. En uno de estos últimos se hace firmar al obrero porque “deja mancha”. En conclusión, no se registra la queratitis en los reconocimientos, aunque esta puede encontrarse vinculada a procesos infecciosos capaces de penetrar la película corneal. Otros 19 historiales cuentan con el mismo número de partes de accidente. Casi dos tercios son queratitis traumáticas – traumáticas, ulcerosas, puntiformes o queratitis a secas. La queratitis podría ser también una manifestación de otras lesiones previas. Este último es el caso del ojo que sufre una herida contusa y 16 meses después presenta queratitis traumática, o este

otro ojo con leucoma que ocho años más tarde presenta queratitis, o incluso el ojo con ectropión que 16 años después es objeto de atención por queratitis traumática. De los 19 historiales con queratitis en partes de accidente, cuatro tienen en los cinco primeros años del historial. Otros cuatro en su última observación. Los 11 historiales restantes presentan los partes con queratitis en la etapa intermedia de su trayectoria. Las queratitis traumáticas coinciden en los historiales con otro tipo de accidentes que a veces recaen sobre un mismo ojo. Así ocurre con un obrero que, tras 20 años en observación, sufre, en un lapso de 5, un total de 4 lesiones –queratoconjuntivitis, conjuntivitis química, y queratitis ulcerosa con hipopión y edema palpebral. Hay otros cinco casos más en los que la queratitis es precedida o seguida de otra agresión en el mismo ojo aunque en un intervalo de tiempo que puede oscilar entre pocos meses y más de diez años. Encontramos también coincidencia en los historiales de infecciones y queratitis. La queratitis en estos casos puede darse a la vez que otras infecciones o con posterioridad a estas.

La **úlceras corneal**, al igual que la queratitis, aparece en casi todos los historiales en una única mención. También a semejanza de la queratitis figura en dos únicos reconocimientos, siendo el resto de las menciones partes de accidente. En uno de estos dos primeros historiales encontramos una única mención ocular, la que hace referencia a la úlcera corneal. En el otro tenemos un historial plagado de diferentes manifestaciones que jalonan un proceso infeccioso a lo largo de 12 años en observación. Comienza con una mancha en el ojo con oclusión de vías lagrimales, ocho años más tarde úlcera y manchas en córnea. A los 12 años, es útil pero tiene en la córnea del ojo “tres opacidades consecutivas o úlceras ya curadas”. El hecho de que tengamos constancia detallada de este caso se debe a la existencia de manchas corneales, que sí son objeto de especial seguimiento. En el resto de historiales, de los 19 partes de accidente en los que figura la úlcera, se niega el carácter de accidente en dos de ellos. En uno de estos últimos, por sepsis en vías lagrimales que ya había sido detectada dos años antes, a la entrada. Ocho años después continúa la infección lagrimal. En el otro, una ulceración en la córnea es desechada como accidente por no ser reciente y no poderse atribuir a un *terronero* del día anterior como afirma el obrero. En cuanto a las causas, tenemos ocho de origen traumático, tres de ellas por partícula extraña, y un historial ya mencionado vinculado a una infección de vías lagrimales. En los otros trece historiales en que se menciona la úlcera corneal no encontramos más información. No se descarta la existencia de alguna dolencia de base que, tras un suceso violento, aflore como úlcera en accidente. Parece existir cierta concentración de las úlceras a partir de 1930. Tan solo en dos casos figura al comienzo del historial, tendiendo a concentrarse en la fase final de las trayectorias, lo que avalaría la idea de que nos encontramos ante procesos degenerativos que ven la luz al ocurrir un suceso fortuito.

Tenemos 14 historiales con **cataratas**. En solo dos de ellos figura la catarata en un parte de accidente y esta será su última observación. En dos ocasiones hay un seguimiento exhaustivo, los dos casos en los que se vincula a pérdida de visión o a mancha corneal. Son dos casos detectados en la primera fase de la trayectoria cuyo diagnóstico acompañará al obrero el resto de su historial. Se distinguen dos tipos de historiales con cataratas: aquellos en los que se identifica a la entrada o en sus dos primeros años –siete historiales–, vinculados a accidentes anteriores, y aquellos en los

que se detecta en la segunda mitad de su trayectoria, en tres casos después de más de 20 años de presencia. En dos ocasiones la mención hace referencia a que el obrero está operado de cataratas. Así pues, tenemos cataratas entre 1910 y 1915, por una parte, y en los años 30 y 40. En los tres casos en los que se explicita el origen de la catarata, anterior a la entrada en la Sociedad, esta es de origen traumático, por un golpe. Un caso documentado en la propia empresa es el del obrero que sufrió un shock eléctrico y fue operado de cataratas un año más tarde. He encontrado una catarata acompañada en un mismo historial de erosión corneal, cuatro años después de tener registrada una catarata traumática en ese mismo ojo. En otro caso coincide midriasis con la catarata. Ya se ha apuntado la mancha corneal en otro historial.

Con mención al **iris** tenemos seis historiales. Uno de ellos combinado con cataratas. El resto no tienen más menciones oculares salvo un único caso que pasa por enfermería por cuerpos extraños en el ojo derecho. Cuatro días después vuelve con una “midriasis por acción atropínica”, provocada probablemente por el medicamento administrado en su primera visita. En otro caso se detecta una pupila dilatada que lleva al médico a señalar su carácter “amaurótico”, sin que haya constancia del ingreso efectivo del obrero al trabajo.

### 5.3. Historiales con señales que indican deficiencias visuales

Las **manchas y opacidades corneales** son objeto de un seguimiento muy estrecho por parte del SM. Tres de cada cuatro figuran a la entrada, lo que significa que se deja constancia cada vez que son detectadas. Y continúan registrándose hasta la última observación, a diferencia de lo que ocurre con otras menciones cuyos últimos reconocimientos cuentan con un rutinario e inespecífico *útil*. Las manchas dejan rastro porque son o pueden ser motivo de incapacidad. En ese sentido, es decisivo establecer su origen ajeno a la Sociedad y este debe ser recordado en todo momento. Su origen no evita que se vaya agravando en el trabajo. Cuando únicamente se detecta la mancha sin especificar pérdida de visión dejamos de tener constancia de ellas en el historial. La preocupación no se centra tanto en la mancha como en la incapacidad que pueda resultar. La reducción de casos de C1 a C2 y después a C3 parece clara, por lo que, unido a la exhaustividad de su registro, da pie a pensar en una disminución efectiva de su incidencia en la población obrera o en un reclutamiento cada vez más selectivo de los nuevos ingresos. Las manchas, que suelen incorporar pérdida de visión, no son un obstáculo insalvable para la entrada al trabajo. Sí son un factor condicionante, requiriendo la firma del obrero, o bien mereciendo recomendaciones médicas sobre la conveniencia de evitar determinadas áreas y tareas. De la escasa eficacia de estas recomendaciones ya hemos hablado en ocasiones anteriores. En todo caso, ya he defendido que los condicionantes que pone el médico a la entrada no siguen un criterio objetivo y sobre todo unívoco, ni tienen necesariamente un efecto cierto sobre la contratación. Las manchas aparecen en los historiales junto a otro tipo de alteraciones y dolencias. Entre ellas destaca, por su relevancia, el tracoma, así como infección lagrimal y blefaritis, todos ellos probables indicios de un proceso infeccioso de base. También encontramos casos sueltos de partícula extraña y orzuelos que no parecen guardar relación con la mancha. Se registran igualmente varios casos de estrabismo que parecen estar relacionados con la opacidad o mancha, sin que se vislumbre vínculo causal determinante. Algunos casos se acompañan de tuberculosis y

constitución escrofulosa, esta última como condición acreditada por la mancha. Hay asimismo casos conjugados con queratitis y queratoconjuntivitis.

De los 34 historiales con **visión deficiente**, tenemos un primer grupo con una única mención a la falta de agudeza visual. De ellos, 10 son registrados en un único reconocimiento al comienzo de la trayectoria. Tienen en común su escasa trascendencia, dado que la mitad hacen referencia a una agudeza visual de 2/3. Tenemos otros tres casos con una única mención a la deficiente visión que se detecta avanzada ya la trayectoria, en historiales con varios reconocimientos. En estos casos podría pensarse en una deficiencia sobrevenida en el trabajo aunque no se dispone de información para confirmar una cosa o la contraria. Otros diez historiales con agudeza visual disminuida tienen un único reconocimiento en el que se consigna la falta de agudeza visual. En dos ocasiones tenemos constancia de su entrada gracias a un parte de accidente posterior. En las ocho restantes me inclino a pensar que en su mayoría no llegaron a entrar. En ocasiones, la falta de agudeza coincide con propensión a hernias, pesando la suma de ambas para impedir la contratación. Se ha procurado establecer un criterio de rechazo o aceptación a la entrada más o menos definido y no se ha encontrado: no existe una pauta clara en este sentido. Tenemos, por otra parte, 12 casos con más de una apreciación sobre la agudeza visual. En nueve de ellos se detecta a la entrada y son objeto de un seguimiento exhaustivo sin que podamos apreciar empeoramiento a partir de la limitada información de la que se dispone. En otros tres historiales sí parece haber empeoramiento. En este sentido, llama la atención el escaso número de casos con evolución negativa avalada por la documentación.

Los 34 casos en los que **falta el ojo o la visión** nos permiten valorar la aplicación de criterios paternalistas de gestión. Cuando la pérdida es anterior a la entrada en observación, esta última se ve muy dificultada. Son minoría los casos que acreditan su entrada efectiva, 6 de 14, en dos de ellos firmando su carencia y con el permiso de la dirección. En otros dos, se encontraban trabajando antes de ese primer reconocimiento y continúan haciéndolo. Cuando la pérdida acontece estando en observación, distinguimos entre las ocurridas como consecuencia del trabajo y el resto. De estas 12 últimas, las no imputables al trabajo, encontramos 4 ocasiones en que la deficiencia se registra en la última observación o bien no hay partes que acrediten la permanencia. En otras 8 ocasiones se recoge la aceptación firmada por el obrero de su defecto y puede dar lugar a la continuidad de la trayectoria. Muchos de ellos cuentan asimismo con el visto bueno de la dirección a su contratación. Cuando tenemos una pérdida debida a un accidente ocurrido en la Sociedad hay que diferenciar dos momentos, antes y después de la LAT de 1922. En efecto, en ese año se elimina de la ley la potestad que tenía el patrón de elegir entre indemnizar al obrero o trasladarlo a otro puesto compatible con su estado pagándole el mismo salario. Esa posibilidad, que había permitido la continuidad de los accidentados en la empresa, implica la salida, a partir de ese año, de todos aquellos que pierden la vista. La exclusión de estos últimos coincide en el tiempo con la permanencia de los que perdieron la vista en las dos primeras décadas e incluso con la de obreros que pierden más tarde un ojo por motivos ajenos a la empresa. Esto pone de manifiesto que no es esta pérdida del ojo sino la percepción de la indemnización la que resulta incompatible con la permanencia en la empresa. Los accidentados en la primera etapa perdieron la vista en el periodo

de un año, entre 1916 y 1917. Con posterioridad al accidente son, en su mayoría, declarados útiles en los siguientes reconocimientos y apenas uno tiene que firmar.

#### **5.4. El estrabismo**

Al estrabismo le he concedido un trato especial por haber sido utilizado como signo que permite identificar los posibles casos de epilepsia. El estrabismo es una dolencia *instrumental* desde la perspectiva de la medicina de empresa, en la medida en que permite:

- a) Identificar posibles casos de epilepsia;
- b) Identificar al obrero mediante una característica visible y llamativa;
- c) Identificar posibles faltas de agudeza visual.

Los casos de estrabismo están bastante bien documentados, con un seguimiento muy exhaustivo de todos ellos. La mayoría entran en observación con el estrabismo detectado, aunque también tenemos un caso de posible estrabismo por accidente. No figura ningún caso anterior a 1910. De 29 historiales, en cuatro se menciona explícitamente la relación entre estrabismo y epilepsia, y únicamente en dos se mencionan ataques anteriores de epilepsia. El estrabismo solo es causa de admisión condicional en los casos en los que se vincula con epilepsia o con visión escasa.

## Capítulo 7. Los riesgos oculares: riesgos visibles, riesgos invisibles

---

El recuento de los riesgos oculares y su distribución así como el seguimiento de los mismos a lo largo de los historiales ponen de manifiesto, por una parte, una realidad de riesgos del trabajo muy presente en las minas e industrias de Peñarroya y, por otra, una gestión que vela al registro documental las relaciones que esta realidad mantiene con el medio laboral. Del conjunto de las patologías consignadas en los reconocimientos médicos, las que afectan a los ojos suponen el segundo grupo más numeroso, solo por detrás de las hernias. También en el conjunto de las lesiones consignadas en los partes de accidente se sitúan en primer lugar, después de las localizadas en los miembros superiores e inferiores. Así pues, son dignos de atención en el hospital minero, pero al mismo tiempo son reflejo de una presencia numéricamente importante.

Sin embargo, en el seguimiento de las patologías encontramos importantes silencios que dificultan el análisis desde la perspectiva de una sociodemografía histórica. El registro de los procesos infecciosos presentes en los obreros de nuevo ingreso, que tiene lugar en las primeras décadas de implantación de la Ley, no tiene continuidad en los historiales y se reduce drásticamente en las cohortes de entrada más tardía. Este cambio viene sin duda producido por la pérdida de su función: los accidentes *indebidos* pueden ser rechazados en el mismo momento de ser atendidos aduciendo su naturaleza no fortuita. Además de innecesario, el registro de las patologías oculares haría explícito el desgaste asociado a las condiciones de trabajo, aportando argumentos sólidos a las tesis obreras. Los procesos degenerativos apenas aparecerán y lo harán especialmente para señalar el origen no fortuito de una lesión. Las deficiencias visuales y pérdidas de ojo sí quedarán registradas para evitar su confusión con posibles sucesos vinculados al trabajo. En la fase final de los historiales de larga duración, los últimos reconocimientos registrarán con sobriedad la *utilidad* del obrero, independientemente de los sucesos registrados a lo largo de su trayectoria.

## 1. Qué encontramos en nuestros historiales. Los riesgos visibles

A lo largo de las páginas anteriores se han abordado diferentes propuestas de agregación de las múltiples menciones oculares que encontramos en nuestra documentación. A medida que ha avanzado el análisis, el comportamiento de las diferentes menciones ha permitido su agrupación en cinco bloques diferenciados:

- a) Patologías que afectan al párpado, la conjuntiva o el lagrimal. De carácter principalmente infeccioso –las que aquí encontramos–, son detectadas en su mayoría a la entrada en los historiales que comienzan con anterioridad a 1916–20, cayendo a continuación su frecuencia.
- b) Patologías que afectan a la córnea, al cristalino y a la úvea. Susceptibles en mayor medida de situarse en estadios avanzados de un proceso degenerativo. Son detectadas en ocasiones a la entrada, con origen anterior a la empresa, aunque, fundamentalmente, figuran en fases avanzadas de las trayectorias. Las encontramos con menos frecuencia que las anteriores, en la mayoría de las ocasiones en partes de accidente.
- c) Disminución o pérdida de la capacidad visual. Frente a las categorías anteriores que aparecen consignadas en ocasiones más o menos puntuales, su registro resulta bastante exhaustivo. A pesar de ello, su presencia no supone necesariamente el cierre de los historiales, quedando esto sujeto a otras consideraciones.
- d) Estrabismo. Con un seguimiento también exhaustivo debido en primer lugar a su vinculación con la epilepsia.
- e) Traumatismos y quemaduras. Lesiones oculares en forma de contusiones, heridas o quemaduras, o la partícula extraña –en forma de polvo, tierra, esquirlas y rebabas que penetran en el globo ocular, se incrustan o se depositan sobre él– tienen una presencia muy mayoritaria en el conjunto de los partes disponibles, apareciendo en el 4,2% de todos ellos.

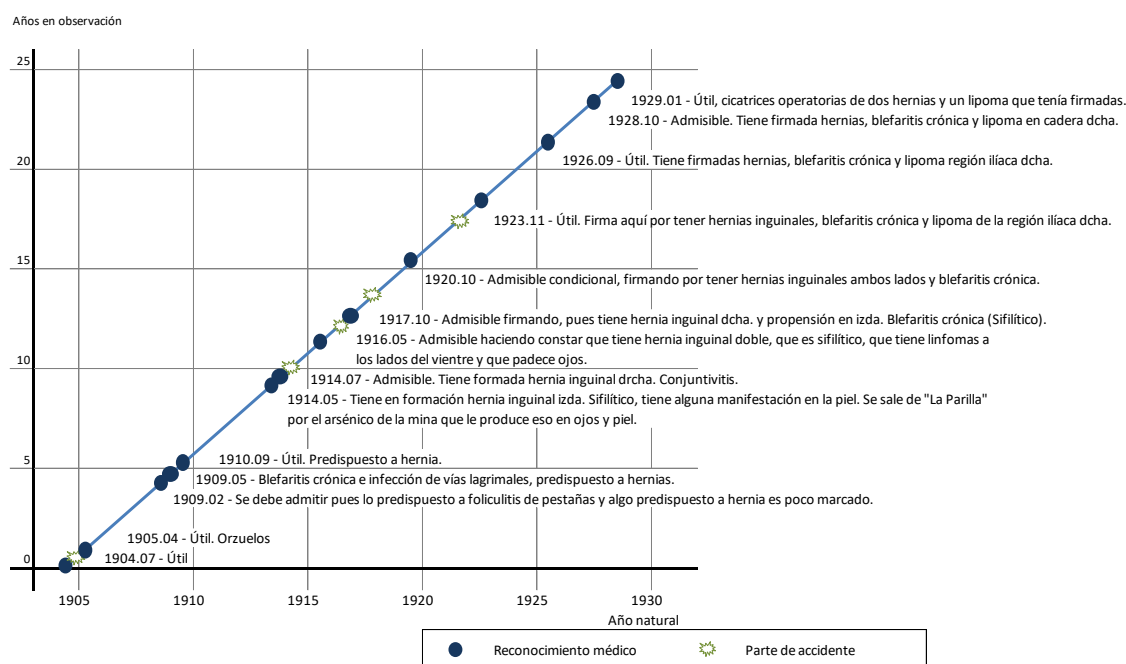
En ninguno de estos grupos he detectado una reducción importante de los años de permanencia en observación vinculada a determinado diagnóstico, con la excepción llamativa de la triquiasis<sup>57</sup>. La gravedad de los diagnósticos parece afectar principalmente a las posibilidades de entrar y no a las de permanecer en la empresa una vez dentro de ella. Así, la falta de interés en el seguimiento de los procesos de desgaste va unida a la asunción de los mismos por parte de la Sociedad. El desgaste sufrido por el obrero en la empresa no da desde luego derecho a compensación alguna pero, a cambio, tampoco condiciona su permanencia.

---

<sup>57</sup> También hay que mencionar en este sentido los dos casos de pérdida de vista posteriores a 1922.

## 1.1. Trayectorias afectadas por dolencias conjuntivales, palpebrales o lagrimales

No solo las omisiones, también la falta de precisión en las anotaciones médicas dificulta el seguimiento de las patologías. En numerosas ocasiones figuran diagnósticos diferentes en un mismo historial. Diferentes signos que están indicando la dificultad para distinguir entre ellos o la irrelevancia de tal empeño. Los seis historiales con triquiasis incluyen menciones a blefaritis. Dado que carecen de una secuencia única que lleve de uno a otro, no son fases distintas de un proceso, resultan denominaciones diferentes utilizadas indistintamente. Eso mismo ocurre con las coincidencias de blefaritis con orzuelos. En el caso de la conjuntivitis podría ser esta una forma genérica de denominar problemas oculares: todos aquellos que cursen con irritación conjuntival serán candidatos a conjuntivitis en un examen poco detenido (véase Figura 18).



Fuente: HMP reconocimientos médicos y partes de accidente. Elaboración propia.

**Figura 18. Trayectoria afectada por blefaritis crónica**

Junto a este baile de denominaciones encontramos mucha relación entre los diferentes signos. Es posible que en un número importante de casos sean signos diferentes que apuntan a una misma dolencia de fondo. Como vengo diciendo, la mayoría de ellos pueden formar parte de un mismo cuadro en cuyo eje central figure el tracoma como proceso infeccioso capaz de provocar diferentes manifestaciones. Triquiasis como consecuencia de tracoma o blefaritis, blefaritis vinculada a orzuelos, infección de vías lagrimales, conjuntivitis... diferentes signos entre los que existe continuidad en los diagnósticos.

En todas estas menciones encontramos numerosos indicios que hablan de falta de exhaustividad en su registro, esto es, no se registra la mención cada vez que esta se encuentra presente. En estas condiciones, el registro ocasional de determinados signos –en muchas ocasiones para negar sucesos fortuitos como ocurre con la conjuntivitis– es la única pista a nuestro alcance que nos permite atisbar razonadamente la realidad subyacente. También aquí encontramos diferencias entre las menciones. Orzuelos,



blefaritis, blefaroconjuntivitis, blefaroptosis y conjuntivitis aparecen mayoritariamente durante los primeros años de observación, reduciendo a continuación su presencia o desapareciendo. Las infecciones lagrimales se detectan en ocasiones a la entrada y también a lo largo de los primeros diez años de observación. Orzuelos y conjuntivitis apenas repiten en un mismo historial. El hecho de que aparezcan en muchos historiales pero tan solo una vez parece apuntar a una práctica en la que bastaba vincular el signo al historial en una sola ocasión. Establecida la relación, carecía de importancia el registro de posteriores manifestaciones del mismo.

Los tiempos de calendario en los que aparecen las diferentes menciones también merecen nuestra atención. En primer lugar, en cuanto a su registro intermitente, que parece responder a oscilaciones de la incidencia de tal o cual signo o afección, a la diferente sensibilidad médica o incluso a la disponibilidad del servicio médico en momentos de máxima contratación de personal. En segundo lugar, vuelve a aparecer un cambio de ciclo a la entrada de la tercera década del siglo XX. Las menciones oculares encontradas en el conjunto de los reconocimientos –que he denominado diagnósticos oculares– figuran en gran medida a la entrada de las cohortes C1 y C2, a lo largo de los tres primeros quinquenios del siglo. A partir de 1916-20, su número cae de manera muy pronunciada sin experimentar nuevos incrementos con la entrada de la cohorte C3. Existe una primera fase, previa a 1920, en que tiene lugar la detección generalizada de predisposiciones y condiciones orgánicas en los obreros mediante un conjunto amplio de signos, anotados en numerosas ocasiones a la entrada y vinculados a procesos infecciosos como conjuntivitis, orzuelos, blefaritis...

Con el tiempo esta práctica mostraría su escaso valor en la tarea de controlar la percepción indebida de indemnizaciones. En nuestras cohortes prácticamente no he encontrado historiales en los que se aduzca una afección ocular previamente registrada para rechazar un accidente. El caso de la conjuntivitis, que pasa de figurar en los reconocimientos a aparecer, a partir de 1925, en los partes, muestra que esa separación entre accidentes de trabajo *legítimos* y accidentes de trabajo *indebidos* puede llevarse a cabo en el momento mismo de presentarse la papeleta, cuando el médico establece el carácter indemnizable del accidente. En el acto de la cura es posible detectar una dolencia previa y descartar así la causa violenta y fortuita del suceso. De poco sirve entonces el registro de los procesos infecciosos o la predisposición a enfermar. Probablemente la detección del fraude no justificaba tantos esfuerzos.

A partir de 1920, después de que quedase clara la escasa utilidad del registro de dolencias infecciosas a la entrada, se inicia un segundo momento en el que este se reduce de manera pronunciada. El escrutinio médico a la entrada se concentraría entonces en aquellos signos con un mayor efecto potencial sobre el trabajo como la triquiasis y el ectropión, también la blefaritis. Las tres mantienen un alto grado de proximidad en los historiales. La triquiasis es objeto de un seguimiento más atento y los historiales en los que figura poseen una duración total que divide por dos la duración del conjunto. Sorprende sin embargo que la dacriocistitis, que manifiesta una elevada sensibilidad a las condiciones de trabajo en la mina –atendiendo a lo que se indica en los reconocimientos–, no sea anotada con mayor continuidad. El interés mostrado por la triquiasis y el escaso registro de la dacriocistitis señalan la jerarquía de

prioridades, con una mayor preocupación por detectar el fraude en la percepción de las indemnizaciones y en menor medida por la detección de dolencias que pudieran verse agravadas con el trabajo minero.

La suma de estos tres grandes grupos supone cerca del 30% (28,9) del total de las menciones. Abarca un conjunto muy numeroso de diferentes denominaciones utilizadas de manera genérica. Con una gran concentración en el tiempo, a lo largo de las dos primeras décadas del siglo XX, durante el periodo de entrada de nuestras primeras cohortes.

## **1.2. Trayectorias afectadas por dolencias en la córnea, el cristalino o la úvea**

Queratitis, queratoconjuntivitis y úlcera corneal aparecen muy mayoritariamente en partes de accidente. Estas denominaciones, que podían ser mayoritariamente resultantes de una exposición prolongada al ambiente minero-industrial de Peñarroya –incluyendo en este las infecciones que sabemos estaban presentes en la población obrera–, no dejaban registro en los reconocimientos. Estos últimos recogían los problemas oculares que se encontraban al ingreso o bien aquellos que podían verse implicados en un accidente de trabajo. A lo largo de los historiales es más habitual su omisión en estos documentos que su registro. Las dolencias corneales aparecerán en los partes de accidente cuando sean provocadas por un suceso fortuito o bien para señalar su existencia previa y descartar así el accidente. El pterigión, vinculado a la sequedad del medio ambiente, parece coincidir en los historiales con menciones infecciosas que allanarían el camino a la sequedad del ojo. Al margen de las cataratas procedentes del exterior, que son detectadas a la entrada, el resto figuran en una fase más avanzada de las trayectorias, algunas provocadas incluso por accidentes y documentadas. Todas ellas poseen en común el hecho de que, frente a las afecciones conjuntivales, palpebrales o lagrimales, suponen la afectación de capas más profundas del globo ocular. El registro de los casos no fortuitos únicamente habría servido para poner en evidencia la relación que se pretendía negar entre la exposición al medio laboral y el desgaste obrero. Este corría a cargo del obrero por lo que hacerlo explícito únicamente llevaría a llamar la atención sobre el mismo.

Si lo anterior es cierto, ¿cuál es la diferencia con respecto al resto de menciones corneales que sí se registran? A diferencia de las anteriores, estas últimas limitaban de manera directa la capacidad visual del obrero. Un pterigión o una catarata sí afectaban a la capacidad visual del obrero y por eso requerían un seguimiento cercano de esa capacidad. De las menciones que aparecen casi exclusivamente entre los partes, tan solo aquellas que se combinan con manchas corneales que limitan la visión cuentan con un seguimiento continuado en reconocimientos.

Encontramos también manchas oculares atribuidas a sucesos ocurridos en la infancia: por traumatismos o por enfermedades como el sarampión. Como vengo diciendo, las manchas que limitan la visión muestran un registro repetido y permanente. Este seguimiento permite hablar de otros elementos que no pueden ser apreciados con otras menciones. La peculiar distribución de manchas oculares, manchas corneales y opacidades corneales, que combinan frecuencias cada vez más reducidas –en el tiempo pero también al pasar de una cohorte a otra– con una

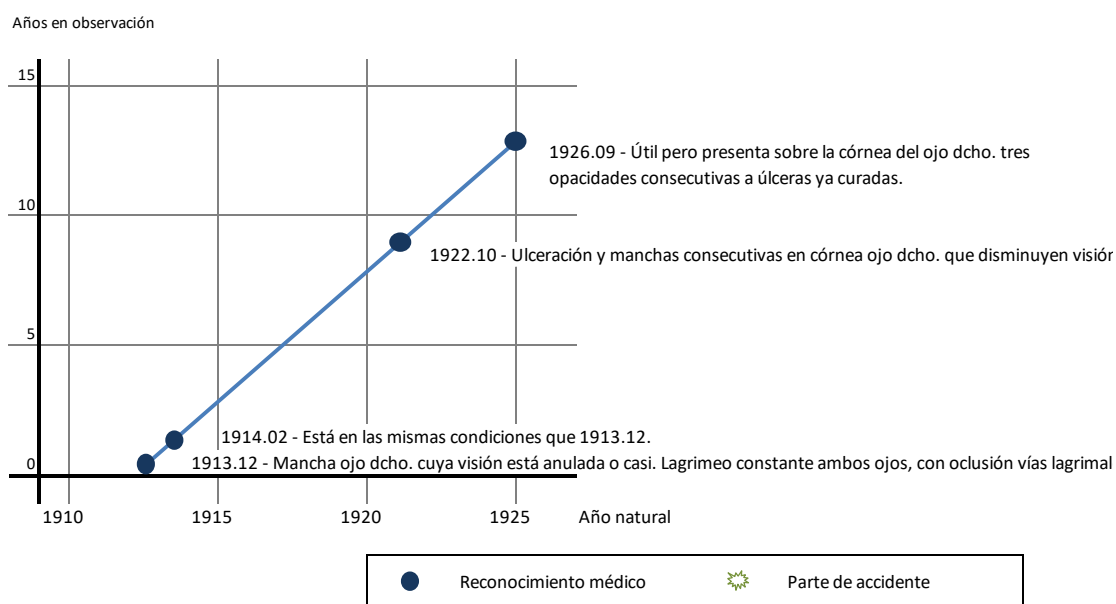
presencia sostenida, permite especular con la posibilidad de una mejora en la salud ocular de las nuevas cohortes.

La queratoconjuntivitis se confunde con conjuntivitis. Las queratitis de origen infeccioso no se registran aunque sabemos que están presentes con frecuencias desconocidas. Las traumáticas sí aparecen en los partes. Si dificultan el trabajo será probable que los obreros intenten pasar por traumáticas las primeras con idea de recibir atención y tener tiempo para su recuperación. Aunque se les niegue su espacio, las enfermedades oculares infecciosas siguen existiendo y dificultando el trabajo, estando presentes de una u otra forma.

Este conjunto de menciones suponen un 15% del total de las menciones oculares.

### 1.3. Trayectorias con una disminución de la capacidad visual

El análisis de las trayectorias con limitación de la capacidad visual permite dibujar con más precisión las pautas seguidas en la gestión de los riesgos oculares. Es cierto sin embargo que no he encontrado criterios objetivos y consistentes en este sentido. Situaciones que se aprecian semejantes a la luz de la documentación concluyen en trayectorias diferentes. Parte de la dificultad para examinar este comportamiento diferenciado puede encontrarse en la agrupación de un amplio abanico de condiciones bajo una misma rúbrica de análisis.



Fuente: HMP reconocimientos médicos y partes de accidente. Elaboración propia.

**Figura 19. Trayectoria afectada por deficiencia visual**

Sí he podido mostrar que los casos de deficiencia visual se detectan a la entrada, generalmente acompañada de algún factor que explica el origen de la misma. Los más leves entran y dejan, con el tiempo, de ser objeto de seguimiento, mientras que los graves encuentran dificultades para entrar a trabajar. De estos últimos, aquellos que acceden al empleo verán registrado en su historial, de manera exhaustiva, su deficiencia visual (véase el ejemplo representado en la Figura 19). La proximidad a una

causa reconocida de incapacidad, que podría dar lugar a una indemnización indebida, explicaría su aparición hasta el último reconocimiento.

En el caso de pérdida de la visión he mostrado que esta no es incompatible con el trabajo en la Sociedad aunque sí resulta un inconveniente importante de cara al ingreso. Cuando la pérdida tiene lugar una vez que el obrero ha entrado en la Sociedad puede suponer su salida de observación, aunque existe la posibilidad de obtener autorización de la dirección y firmar la carencia, alargando así la permanencia en la empresa.

Las pérdidas debidas a accidentes de trabajo reciben un tratamiento muy diferente en función de si son anteriores o no a 1922. Las primeras permiten la continuidad en la empresa durante un periodo de tiempo prolongado. En 1922 desaparece de la ley la posibilidad de que el obrero permanezca en la empresa ocupando un puesto compatible con su situación. En su lugar contempla únicamente el pago de la indemnización por incapacidad lo que conlleva la necesaria salida de observación. La modificación legislativa de 1922 reduce las posibilidades de aplicar mecanismos paternalistas de gestión sustituyéndolos por una cobertura automática aunque insuficiente. Pero solo para los casos sobrevenidos, coexistiendo estas salidas con la permanencia de aquellos que perdieron su vista en las dos primeras décadas del siglo.

De los ocho casos documentados de pérdida de la vista *en trabajos de la Sociedad*, la mitad tiene lugar entre mayo de 1916 y mayo de 1917 y corresponden a obreros recién entrados. Años de contratación masiva de mano de obra –gran parte de la cual probablemente no haya seguido el camino tradicional de iniciación al trabajo minero-metalúrgico–, presiones dirigidas al aumento de la producción...

El conjunto de las menciones referidas a la agudeza visual suponen algo más de un 13% del total de las menciones.

#### **1.4. Trayectorias en las que figura el estrabismo**

Son 29 historiales que acumulan más del 5% de las menciones oculares. Su utilización como indicador de epilepsia, su vinculación –en contadas ocasiones– a la visión deficiente y sus posibilidades para la identificación de los obreros hacen de esta una mención muy presente en las trayectorias de los obreros afectados. En sí misma no es causa de exclusión, únicamente en combinación con epilepsia o con casos de gran deficiencia visual.

#### **1.5. Traumatismos y quemaduras**

Acumulan el 37% del conjunto de las menciones oculares, casi el 70% de las menciones presentes en partes de accidente. Su importancia numérica y la continuidad que existe entre estas agresiones al globo ocular y los procesos infecciosos nos acercan a la verdadera extensión de los procesos patológicos que aquí he descrito. La consideración conjunta de todos ellos permite hacernos una idea cabal del complejo patológico minero-industrial que era atendido en el Hospital Minero de Peñarroya.

## 2. Dificultades para el seguimiento de los riesgos oculares. Los riesgos invisibles

Las dificultades que encontramos para el seguimiento de las patologías oculares no son menores. Varias son las razones que podemos aducir en este sentido.

### 2.1. La débil proyección profiláctica de la medicina de empresa

La función del Servicio Médico de empresa no era, propiamente hablando, la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias de la población obrera, lo que habría favorecido el seguimiento de las patologías detectadas. Como se ha demostrado con anterioridad (Cohen y Fleta 2012, 2013), en los reconocimientos no faltan las recomendaciones al empleo en determinados puestos motivadas por el estado de salud del obrero, pero su efectividad era bastante limitada. Las afecciones oculares generaban un menor número de recomendaciones. Las vertidas en una serie de reconocimientos realizados entre 1932 y 1933<sup>58</sup> destacan por su excepcionalidad:

01/08/1932. Presenta queratoconjuntivitis doble y no debe entrar al trabajo por lo menos hasta encontrarse mejorado.

01/09/1932. No debe trabajar en sitios donde haya polvo, por lo menos debe esperar algunos meses a ver si sus ojos mejoran algo.

26/10/1932. Seguimos opinando que no puede ni debe trabajar en sitios de polvo, y que ni son ojos los de este muchacho para trabajos industriales.

20/09/1933. Útil. Curada conjuntivitis, hoy tiene dacriocistitis ojo dcho. Conviene no trabaje en sitios de polvo, podría irritar la conjuntivitis ya predispuesta al estar bañada en lágrimas, pues esta obstruido conducto lagrimal.

30/11/1933. Útil. Operado de rija dcha.

Resulta mucho más habitual encontrar toda suerte de afecciones oculares en obreros propuestos para trabajos en trabajos de interior sin que medie recomendación alguna.

### 2.2. Un seguimiento muy desigual de la evolución de las patologías

El seguimiento de la evolución de las patologías o estados morbosos no figura más que de manera muy parcial e incompleta entre los objetivos del reconocimiento médico. En realidad, no había tal seguimiento salvo el que se ha podido reconstruir *a posteriori* a partir de los síntomas registrados. En los historiales reconstruidos se aprecia un interés por registrar cualquier dolencia visible o cualquier predisposición en los primeros reconocimientos. Llama la atención la falta de continuidad de esos diagnósticos iniciales, especialmente marcada en el caso de dolencias que no

---

<sup>58</sup> Entra en 1930 con 18 años y permanece un total de seis años en observación, todos ellos en la central eléctrica (930,0269).

desaparecen con el tiempo. No es infrecuente encontrar en los últimos reconocimientos un escueto *útil* después de haberse detectado la pérdida de un ojo o haber sido registrada una patología crónica.

Dos son las explicaciones de este mutismo. En primer lugar, un silencio inherente a la propia fuente que aumenta con el paso del tiempo. Frente a la preocupación inicial que da origen a la serie de reconocimientos, en las últimas décadas de nuestra observación encontramos un silencio rutinario indicador de que los problemas que con anterioridad se solventaban allí han pasado a dirimirse en otro ámbito, tal y como se demuestra en el estudio de las hernias (Cohen y Fleta 2011). Por otra parte, la documentación de las carencias del obrero pierde interés en la medida en que el este sigue empleado en la Sociedad. Con una trayectoria en la empresa que puede alcanzar los treinta años es innecesario dejar constancia de sus limitaciones. Máxime cuando se intercalan anotaciones en los reconocimientos que remiten a registros anteriores con mayor o menor precisión, siguiendo un procedimiento imperfecto aunque de indudable utilidad. En los últimos reconocimientos no había ya nada nuevo que anotar. Todo lo que interesaba estaba ya registrado.

El registro de la evolución de las dolencias, muy al contrario, ponía en evidencia aquello que a todas luces se pretendía negar, a saber, la relación entre el trabajo y el desgaste obrero. De acuerdo con una sentencia de 17 de junio de 1903:

No es dable confundir en modo alguno lo que es un accidente del trabajo con lo que constituye una enfermedad contraída en el ejercicio de una profesión determinada, cuando esta enfermedad no tiene una relación absoluta e inmediata con aquella profesión, sino que depende del agotamiento o desgaste natural de fuerzas empleadas en los trabajos a que el individuo se dedique (Instituto Nacional de Previsión 1933, p. 10).

Queda claro pues que ese *agotamiento o desgaste natural de fuerzas* nada tiene que ver con el accidente de trabajo y que por tanto no es susceptible de indemnización. Cualquier vinculación entre dicho desgaste y el trabajo tendería peligrosamente a avalar la idea de *relación absoluta e inmediata* con la profesión.

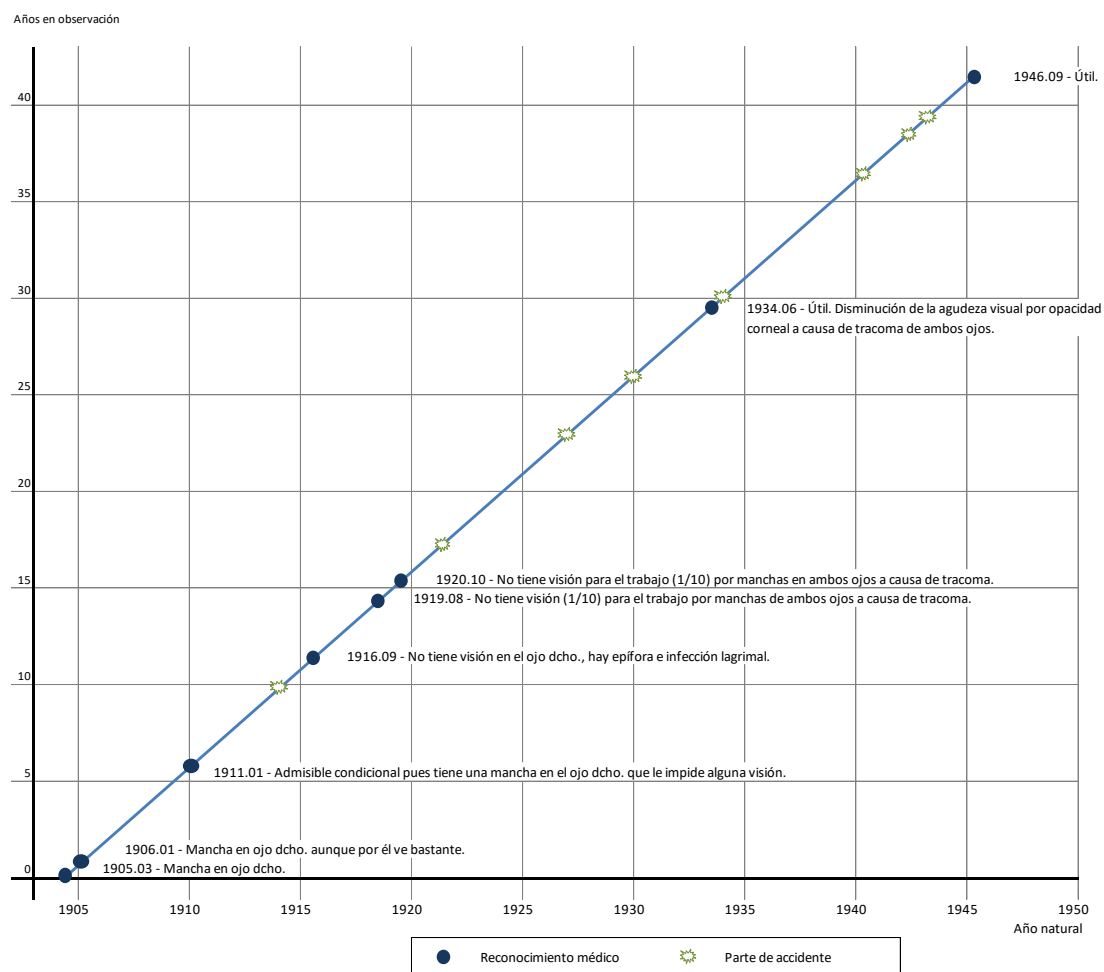
### 2.3. No se recogen los diagnósticos con precisión

La finalidad del reconocimiento no era la de establecer un diagnóstico exhaustivo sino la de registrar tanto predisposiciones como otras dolencias que pudiesen dar lugar a complicaciones o simulaciones. Tampoco se busca establecer un diagnóstico preciso en los partes de lesiones cuando no estamos frente a un accidente aceptado como tal por la empresa. Bastaba con dejar constancia escrita de si este era producto de un suceso fortuito y repentino o si, por el contrario, resultaba de un proceso infeccioso, degenerativo, de lenta formación. Es por ello que la mayoría de los diagnósticos registran la dolencia con un término de uso genérico como la conjuntivitis que no permite precisar su carácter o su etiología. Una vez establecido su carácter fortuito o de lenta formación ya no era necesario ahondar en las características o en la descripción de una afección que no implicaba responsabilidad del servicio.

### **3. Entre lo visible y lo oculto: la presencia del tracoma en Peñarroya**

Como he podido mostrar, las infecciones oculares están presentes en Peñarroya. Figuran en los reconocimientos, al inicio de los historiales, a lo largo de la primera mitad de nuestro período de observación. Las infecciones detectadas a la entrada afectan principalmente a la conjuntiva, a los párpados y al sistema lagrimal. En una fase más avanzada de nuestro periodo de observación se aprecian en mayor medida afecciones corneales como úlceras y queratitis, presentes en los partes de lesiones. El hecho de que se registren en los partes da fe de su existencia, más allá de su aparición limitada a aquellos casos en los que resulta necesario refutar el carácter fortuito del accidente. Por otra parte, el medio laboral de las diferentes industrias de Peñarroya y especialmente en el interior de las minas favorecía las infecciones lagrimales, la irritación de la conjuntiva, las agresiones al epitelio corneal en forma de partículas extrañas o las agresiones químicas, permitiendo así la entrada de microorganismos. Unido a lo anterior, la falta de higiene y la concentración de trabajadores terminarían haciendo del tracoma un compañero habitual. Su presencia, sin embargo, estaba llamada a ser discreta, registrando los signos antes que su etiología.

Lo que no puede estudiarse en el obrero individual es posible reconstruirlo en el grupo. La progresión de los riesgos oculares, apreciada a través de sus escasas apariciones seguiría una pauta muy similar a la que dibuja Kanski para el tracoma: conjuntivitis, queratitis, cicatrización conjuntival con afectación de los párpados y del sistema lagrimal, úlcera y opacificación. Todos ellos están presentes en nuestros registros y permiten dibujar, en el grupo, la progresión del tracoma como patología de base, que daría lugar a los diferentes signos que sí se registran. La Figura 20 permite representar, a través de un historial excepcionalmente documentado, la trayectoria ideal que podría haber dibujado el tracoma en numerosos casos.



Fuente: HMP reconocimientos médicos y partes de accidente. Elaboración propia.

**Figura 20. Trayectoria afectada por tracoma.**



#### 4. El análisis de los riesgos laborales

Los riesgos laborales se construyen –a partir de unas condiciones materiales dadas– a través de la negociación –asimétrica– en el seno de un espacio conflictivo. Es por ello que su estudio ha de abordar el de los diferentes actores que en él confluyen. En el conjunto de la documentación que aquí he analizado, los riesgos se establecen a partir de:

- La gestión paternalista de la mano de obra llevada a cabo por la dirección de la empresa. La medicina de empresa, desde su aparición, será un instrumento para su aplicación, tanto en el ámbito específico de la salud y sus riesgos como en el más general de la mano de obra.
- La actuación normativa del Estado de la mano de la legislación social. Su promulgación, en el paso del siglo XIX al XX, inaugura el automatismo reparador en un número acotado de riesgos reduciendo de esa manera el margen de actuación del paternalismo.
- Los mecanismos de adaptación, resistencia y sometimiento que desarrolla la población obrera, individual y espontáneamente, y de manera colectiva por medio de la acción sindical. Su capacidad de respuesta variará en función de su poder negociador, alcanzando su cénit en la coyuntura de la Primera Guerra Mundial y los primeros años de posguerra.

Todos ellos se relacionan en el marco del contexto histórico-geográfico concreto de la cuenca de Peñarroya marcado por:

- La irrupción de la Primera Guerra Mundial, que trae el incremento de la producción de galápagos y del empleo en Peñarroya y el empeoramiento de las condiciones de vida y trabajo de la población obrera.
- El agotamiento paulatino de los pozos que, a partir de los años 30, sitúa a la cuenca de Peñarroya en una posición cada vez más secundaria en el conjunto de los intereses de una empresa con posiciones en cuatro continentes.
- El levantamiento contra la república que da paso a la Guerra Civil y a la posterior dictadura franquista que incidirá de forma radical en las relaciones laborales.

## 5. Transformaciones en la gestión de los riesgos

A finales del siglo XIX, en un contexto definido, para la población trabajadora, por la escasez de recursos, la adhesión al patrón se convertía en una estrategia para incrementar la seguridad frente a los riesgos del trabajo. El modelo paternalista transitó al nuevo siglo asegurando cobertura a los trabajadores que asumían la autoridad moral del patrón y no caían presa de su principal competidor, la ideología *obrerista*.

La aprobación de la LAT de 1900 supone la irrupción en este medio de un modelo contractual moderno. Con su entrada en vigor, la empresa se ve obligada a asumir los costes derivados de los accidentes de acuerdo con criterios tasados. Este cambio será integrado en la gestión cotidiana de los riesgos a partir de dos principios:

1. Por una parte, el patrón asume el coste producido por los sucesos fortuitos e imprevistos ocurridos en el medio laboral. Al mismo tiempo encuentra, en la *condición orgánica*, la clave que le permitirá limitar la temida avalancha de demandas que pudieran presentarse al amparo de la ley. En consecuencia, destinará importantes recursos a registrar predisposiciones y signos externos con el fin de rechazar las *indemnizaciones indebidas* –aquellas que responden a padecimientos previos o que, sin serlo, fueran de gestación progresiva– limitándolas a las producidas de manera indudable e inmediata en y por el medio laboral.
2. El obrero, por su lado, asume las limitaciones derivadas de su condición orgánica y los costes del desgaste producido por el trabajo. La lógica de este intercambio se verá reforzada por la visión liberal del salario que incorporaría la mayor peligrosidad y el mayor esfuerzo de los trabajos. Desde este dogma ideológico, si el patrón llegara a cubrir el desgaste, estaría pagando dos veces por un mismo concepto.

El obrero asumía los efectos que a largo plazo producía el trabajo en su cuerpo. A cambio, la empresa no registraba su deterioro ni lo utilizaba como criterio más allá de su productividad –siempre que se encontrase vinculado a la empresa– para decidir sobre su continuidad o sobre el puesto a ocupar. Todo ello formaría parte del “contrato moral”<sup>59</sup> que regularía los flecos de la relación laboral y, entre ellos, el coste por los riesgos del trabajo a asumir por cada parte.

De la manera descrita, la lógica paternalista fue capaz de asumir e incorporar la modificación de las reglas de juego que imponía la legislación social, mientras que esta última lograba introducirse y sobrevivir en un medio hostil. Con el tiempo, los avances en materia social y el cuestionamiento general de la legitimidad paternalista reducirían cada vez más su margen de actuación hasta quedar relegada a ámbitos específicos.

---

<sup>59</sup> El contrato moral, que se engloba en el marco de la economía moral, constituye un contrato tácito que regula los aspectos no contemplados en el contrato de trabajo formal, definiendo una serie de condiciones que se consideran aceptables y otras que resultan inaceptables. En este sentido, establece un marco de legitimidad que define las acciones justas e injustas (Martín Criado 1998).

En nuestras fuentes, este proceso se plasma en la puesta en marcha de una maquinaria burocrática al servicio de la gestión de los accidentes de trabajo, que da lugar a la serie de partes de alta y baja de accidente. Algo más tarde da comienzo la segunda serie, de reconocimientos médicos (previos a la admisión y revisiones posteriores). Desde sus inicios se registra en ellos todo signo o predisposición que pudiera desembocar en un problema de salud achacable a la empresa o que pudiera presentarse como fortuito sin serlo. Al servicio médico de la empresa se le asignan, además de las anteriores, una serie de tareas de gestión que llevará a cabo en la etapa que comienza.

Con el tiempo, los mecanismos paternalistas pierden terreno de la mano de la legislación social y son cada vez más cuestionados por las organizaciones obreras, perdiendo la legitimidad de que gozaban. El servicio médico se desplaza entonces hacia un nuevo espacio, a tenor de lo que se observa en los reconocimientos, apostando por una legitimidad técnica y profesionalizada cada vez más alejada del modelo paternalista de gestión de la fuerza de trabajo.

En el terreno de las afecciones oculares encontramos una primera etapa marcada por el registro de un amplio abanico de signos y predisposiciones: infecciones presentes en el momento del reconocimiento, caracteres *orzuelosos* o afecciones anteriores a la entrada en la empresa; muchos en la conjuntiva y en la zona palpebral, aunque también alguna afección de la córnea. Este tipo de detecciones *preventivas* terminarán mostrando su ineficacia o perdiendo su razón de ser para dar paso a un espectro más reducido de signos relacionados con carencias de visión y dificultades más ciertas para el trabajo cotidiano. Las afecciones que afectan a zonas más profundas del globo ocular son consignadas de manera ocasional poniendo de manifiesto el silencio que rodea a todo lo que pudiera relacionarse con procesos degenerativos resultantes del trabajo.

## 6. El riesgo hecho carne: los cuerpos obreros

El seguimiento de las trayectorias oculares y de sus efectos sobre los cuerpos obreros se enfrenta a un problema crucial cuando busca poner de manifiesto aquello que, desde otras instancias, se pretende ocultar, a saber, el deterioro ocular progresivo y su posible vinculación a la exposición repetida a las condiciones del trabajo. Muchos de los elementos no figurarán en nuestra documentación teniendo que conjugar las presencias con las ausencias. En este sentido, la gestión de la salud en el trabajo y sus riesgos es un antagonismo que se decide, en gran medida, en el terreno de su visibilidad. La posición de cada uno se verá reforzada o debilitada en la medida en que se logre ocultar –o mostrar– parte de los factores que la determinan. El subregistro de determinadas dolencias constituye en sí mismo una apuesta estratégica. De acuerdo con Omnès (2009), la invisibilización del riesgo profesional opera en diferentes niveles y en él intervienen los dos actores directamente implicados. Por parte de las empresas,

*L'information sur le risque, très généralement centralisée au plus haut de la hiérarchie, fait l'objet d'une rétention ou, au contraire, d'une circulation organisée, pour freiner l'intervention législative ou pour devancer la loi à fin de mieux la négocier. Les salariés eux-mêmes participent à l'opacité des risques en banalisant la prise de risque, soit pour affirmer une identité professionnelle soit par nécessité économique pour satisfaire les besoins du ménage<sup>60</sup> (p. 64).*

El análisis pormenorizado de los historiales pone de manifiesto la preocupación por no dejar huella explícita de la evolución de las patologías. Insisto en que el interés del servicio médico no era tanto el diagnóstico de la población obrera como la gestión de la siniestralidad laboral. En tal sentido, aparecen pocas menciones de problemas oculares que debían ser mucho más frecuentes. Son escasos los diagnósticos que figuran repetidamente en un mismo historial aun siendo casos de gravedad tal que merecerían ser registrados desde el punto de vista de la gestión higiénico-sanitaria de una población. En bastantes ocasiones tenemos noticias de una afección por figurar en un parte de lesiones de manera casual, para negar el accidente, advirtiendo del riesgo que supone la dolencia o simplemente como anotación añadida a su descripción.

Sí existe un primer momento, que abarca las dos primeras décadas de nuestro periodo de observación, en que se registra un gran número de procesos infecciosos aunque sin dejar constancia de un examen detenido y sin ninguna pretensión de exhaustividad o de precisión. Esta abundancia contrasta con el silencio que encontramos en la etapa siguiente y nos proporciona pistas sobre las dolencias no registradas. La naturaleza de este cambio viene señalada asimismo por la desaparición de las conjuntivitis de los contenidos que figuran en los reconocimientos y su posterior registro en partes de lesiones: el desplazamiento de aquellos a estos de la prueba que

---

<sup>60</sup>“La información sobre el riesgo, habitualmente centralizada en lo más alto de la jerarquía, es objeto de una retención o, al contrario, de una circulación organizada, para frenar la intervención legislativa o para ir por delante de la ley a fin de negociar mejor. Los asalariados por su parte participan de la opacidad de los riesgos banalizando la asunción del riesgo, bien para afirmar una identidad profesional bien por necesidad económica para satisfacer las necesidades del hogar” (traducción propia).

permite rechazar el carácter fortuito de una dolencia acredita la relegación de los reconocimientos *preventivos* que buscaban limitar los costes de la empresa.

Los problemas de córnea y de úvea tienen menos presencia en esta primera etapa aunque también aparecen en ocasiones para establecer su origen anterior a la entrada en observación. En una progresión típica de procesos oculares degenerativos, estos problemas se situarían en una fase más avanzada de deterioro que las afecciones en la conjuntiva y el párpado. Casi no encontramos queratitis, queratoconjuntivitis y cataratas en los reconocimientos –más allá del momento de entrada en observación– y en sus formas no traumáticas únicamente aparecen en los partes de accidente para negar su carácter indemnizable. Se trata de signos asociados al desgaste y por esta razón asumibles por el obrero, según la práctica patronal del “riesgo profesional”. Su registro estaría alimentando aquello que se pretende negar desde el ámbito patronal: la idea de una relación entre el trabajo y las dolencias.

Al final de los historiales figura, de manera mayoritaria, la calificación de *útil* en los reconocimientos. Esto muestra el escaso interés que suscitaba, en los últimos años de la trayectoria, la descripción del estado de salud del obrero. Si este se encontraba trabajando, cualquier cuestión que no pasase por una incapacidad *definida por la ley* estaba de más.

Pero las evidencias que sí están disponibles nos dan pistas de los efectos del medio minero-industrial en la salud ocular de la población obrera:

- La presencia de un importante número de procesos infecciosos desde el momento mismo de la entrada en la empresa. Procesos que sin un tratamiento adecuado o directamente abandonados terminarían produciendo afecciones más graves, concluyendo en ocasiones en un profundo deterioro de la salud ocular.
- La concentración de personas en los establecimientos.
- La existencia de un medio pulvígeno que agravaría los procesos oculares en un entorno carente además de las mínimas condiciones de higiene.
- Las agresiones traumáticas a los ojos abriendo el camino y favoreciendo la propagación de las infecciones.

Entre todos dibujan un contexto favorable al desarrollo y la proliferación de procesos morbosos. Entre ellos destacaría el tracoma, endémico en las poblaciones mineras del sureste peninsular.

# Fuentes

---

Hospital Minero de Peñarroya:

- Reconocimientos médicos realizados a la entrada al trabajo y periódicos. 1904 - 1950.
- Partes de alta y baja de accidente. 1902 - 1950 (con importantes lagunas).



# Bibliografía

---

- ANDRÉU ABELA, J., GARCÍA-NIETO, A. y PÉREZ CORBACHO, A.M., 2007. *Evolución de la Teoría Fundamentada como técnica de análisis cualitativo*. Madrid: CIS.
- BABIANO, J., 1993. Las peculiaridades del fordismo español. *Cuadernos de relaciones laborales*, vol. 3, pp. 77-94.
- BERNABEU-MESTRE, J. y GALIANA-SÁNCHEZ, M.E., 2012. Determinantes laborales y de género en la epidemiología del tracoma en la España contemporánea. En: A. COHEN (ed.), *El trabajo y sus riesgos en la época contemporánea: conocimiento, codificación, intervención y gestión*. Barcelona: Icaria, pp. 91-122.
- BILBAO SENTÍS, A., 1997. *El accidente de trabajo: entre lo negativo y lo irreformable*. Madrid: Siglo XXI.
- BRUNO, A.-S., GEERKENS, E., HATZFELD, N. y OMNÈS, C., 2012. Une santé négociée. Ou les limites de la gestion assurantielle du risque professionnel : la France au regard d'autres pays industrialisés (xix-xx siècles). En: C. COURTET y M. GOLLAC (eds.), *Risques du travail, la santé négociée*. París: La Découverte, pp. 35-49.
- BUZZI, S., DEVINCK, J.-C. y ROSENTAL, P.-A., 2006. *La santé au travail : 1880-2006*. Paris: La Découverte.
- CAPUANO, C., 2011. Le point de vue patronal sur les accidents professionnels. Le cas des usines Schneider du Creusot des années 1920 à la Seconde Guerre mondiale. En: E. GEERKENS y A.-S. BRUNO (eds.), *La santé au travail. Entre savoirs et pouvoirs (XIXème -XXème siècles)*. Rennes: PUR, pp. 145-159.
- CASTILLO, S., 2007. El Estado ante el accidente, la seguridad e higiene en el trabajo, 1883-1936. *Sociología del trabajo*, no. 60, pp. 13-76.
- COHEN, A., 1999. Los registros hospitalarios de una gran compañía minero-metalúrgica (Peñarroya, 1902-1950): Una fuente y algunas aplicaciones metodológicas para la historia del trabajo. *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, no. 3.
- COHEN, A., FERNÁNDEZ, A., FERRER, A., FLETA, A., GONZÁLEZ, A., REYES, E. de los,



- RAMÍREZ, F. y URDIALES VIEDMA, M.E., 2002. La gestión patronal del trabajo y de sus «riesgos» en Peñarroya, 1902-1950. *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, no. 6.
- COHEN, A. y FERRER, A., 1992. Accidentes y enfermedades profesionales de los mineros: realidad y derecho. En: R. HUERTAS y R. CAMPOS (eds.), *Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX-XX)*. Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas, pp. I: 215-244. ISBN 84-87098-12-6.
- COHEN, A. y FLETA, A., 2011. Un exemple de restriction des contours du «risque» au travail dans la pratique d'entreprise: la gestion patronale des hernies (Peñarroya, 1900-1950). En: A.-S. BRUNO, E. GEERKENS, N. HATZFELD y C. OMNÈS (eds.), *La santé au travail, entre savoirs et pouvoirs (19e - 20e siècles)*. Rennes: Presses Universitaires, pp. 123-143.
- COHEN, A. y FLETA, A., 2012. El «desgaste» en el trabajo, entre normalización y «gestión»: Peñarroya, 1900-1950. En: A. COHEN (ed.), *El trabajo y sus riesgos en la época contemporánea: conocimiento, codificación, intervención y gestión*. Barcelona: Icaria, pp. 141-177.
- COHEN, A. y FLETA, A., 2013. «Sin más defecto que su escaso desarrollo». Trabajo de los menores y gestión médico-patronal: Peñarroya (primera mitad del siglo XX). En: J.M. BORRÁS LLOP (ed.), *El trabajo infantil en España (1700-1950)*. Barcelona: Icaria, pp. 193-231.
- COHEN, A., FLETA, A., RAMÍREZ, F. y REYES, E. d. I., 2005. Itinerarios laborales en el complejo minero-industrial de Peñarroya (primer tercio del siglo XX). En: V. SANZ (ed.), *En el nombre del oficio. El trabajador especializado: corporativismo, adaptación y protesta*. Madrid: Biblioteca nueva, pp. 125-149.
- COHEN, A., RAMÍREZ, F., FLETA, A. y REYES, E. de los, 2006. La siniestralidad laboral en la minería y la industria de Peñarroya durante la primera mitad del siglo XX. *Ería: Revista cuatrimestral de geografía*, no. 69, pp. 75-95.
- COMMISSION INSTITUÉE PAR L'ARTICLE L. 176-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, 2011. Rapport. . París:
- DEBOUZY, M., 1988. Permanence du paternalisme ? *Le Mouvement social*, vol. 144, pp. 3-16.
- DÍAZ DEL MORAL, J., 1973. *Historia de las agitaciones campesinas andaluzas: Cordoba: (antecedentes para una reforma agraria)*. Madrid: Alianza.
- EWALD, F., 1986. *L'Etat providence*. París: B. Grasset.
- FERRER, A., FLETA, A., RAMÍREZ, F. y URDIALES, M.E., 2005. Desarrollo minero e industrial, migraciones y poblamiento en el entorno de Peñarroya (Córdoba) durante el primer tercio del siglo XX: una perspectiva microanalítica. *Revista de Demografía Histórica*, vol. 23, no. 1, pp. 107-138.
- FLETA, A., 2008. Lesiones ocurridas en el trabajo: una aproximación a la siniestralidad en la cuenca minera de Peñarroya (Córdoba) durante la primera mitad del siglo XX. *Boletín geológico y minero*, vol. 119, no. 3, pp. 419-432.

- FLYVBJERG, B., 2004. Cinco malentendidos acerca de la investigación mediante los estudios de caso. *Reis*, vol. 106, pp. 33-62.
- GARCÍA GÓMEZ, M., MENÉNDEZ-NAVARRO, A. y CASTAÑEDA LÓPEZ, R., 2012. Incidencia en España de la asbestosis y otras enfermedades pulmonares benignas debidas al amianto durante el período 1962-2010. *Revista española de salud pública*, vol. 86, pp. 613-625.
- GARCÍA PARODY, M.Á., 2009. *El germinal del sur: conflictos mineros en el Alto Guadiato (1881-1936)*. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces.
- GEERKENS, E., 2011. Entre soins et prévention, le rôle du médecin dans les entreprises belges (c. 1900-c. 1970). *La santé au travail. Entre savoirs et pouvoirs (XIXème - XXème siècles)*. Rennes: PUR, pp. 193-208. ISBN 978-2-7535-1350-1.
- GÓMEZ LATORRE, M., LARGO CABALLERO, F., MORA, F., RUBIO, C., SERRANO, R. y GARCÍA ORMAECHEA, R., 1904. *Moción proponiendo modificaciones y adiciones a la Ley de Accidentes del Trabajo que presentan al IRS los vocales elegidos por la clase obrera*. Madrid: Sucesora de M. Minuesa de los Ríos.
- GONZÁLEZ, A., 1999. La construcción de un mito: el trienio bolchevique en Andalucía. *Revista de historia contemporánea*, no. 9, pp. 163-206. ISSN 0212-4416.
- GUICHOT, J., 1923. *Sobre accidentes del trabajo*. Madrid: IRS.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN, 1933. *Legislación de accidentes del trabajo en la industria*. 2ª ed. Madrid: INP.
- JOHNSTON, R. y MCIVOR, A., 2007. *Miners' lung: a history of dust disease in British coal mining*. Aldershot, Hant, England: Ashgate.
- KANSKI, J.J., MENON, J. y DURÁN DE LA COLINA, J.A., 2004. *Oftalmología clínica*. Madrid: Elsevier Science.
- LAMANTHE, A., 2011. *Les métamorphoses du paternalisme. Histoire, dynamiques et actualité*. París: CNRS.
- LÓPEZ-ARANGUREN, E., 2010. El análisis de contenido. En: M. GARCÍA FERRANDO, J. IBÁÑEZ y F. ALVIRA (eds.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza,
- LÓPEZ-MORELL, M.A., 2003. Peñarroya: un modelo expansivo de corporación minero-industrial, 1881-1936. *Revista de historia industrial*, no. 23, pp. 95-135.
- MARTÍN CRIADO, E., 1998. *Producir la juventud: crítica de la sociología de la juventud*. Madrid: Istmo.
- MARTÍNEZ-PÉREZ, J., 2012. Deficiencias corporales y utilidad para el trabajo: simulación, discapacidad y Medicina en España (1900-1930). En: A. COHEN (ed.), *El trabajo y sus riesgos en la época contemporánea: conocimiento, codificación, intervención y gestión*. Barcelona: Icaria, pp. 123-144.
- MENÉNDEZ NAVARRO, A., 2007. Médicos, medicina y salud laboral en España. Una mirada constructivista al abordaje de las enfermedades profesionales, 1900 - 1975. *La Mutua*, vol. 18, no. 4, pp. 171-189.

- MENÉNDEZ NAVARRO, A. y RODRÍGUEZ OCAÑA, E., 2006. Higiene contra la anemia de los mineros. La lucha contra la anquilostomiasis en España (1897-1936). *Asclepio: Revista de historia de la medicina y de la ciencia*, vol. 58, no. 1, pp. 219-248.
- MONTERO GARCÍA, F., 1988. *Orígenes y antecedentes de la Previsión Social*. Madrid: MTSS.
- MORENO GÓMEZ, F., 1986. *La Guerra Civil en Córdoba: (1936-1939)*. Madrid: Alpuerto.
- MUÑIZ SÁNCHEZ, J., 2011. Huertos obreros y paternalismo industrial en la Société des Mines de Lens (Francia) a principios del siglo xx. *Historia Contemporanea*, vol. 43, no. 2, pp. 721-747.
- NADAL, J., 1992. Peñarroya, una multinacional con nombre español. *Moler, tejer y fundir: estudios de historia industrial*. Barcelona: Ariel, pp. 240-255.
- NICHOLS, T., 1999. Death and Injury at Work: A Sociological Approach. En: N. DAYKIN y L. DOYAL (eds.), *Health and Work: critical perspectives*. London: Macmillan Press, pp. 86-106.
- NOIRIEL, G., 1988. Du «patronage» au «paternalisme»: la restructuration des formes de domination de la main-d'oeuvre ouvrière dans l'industrie métallurgique française. *Le Mouvement social*, no. 144, pp. 17-35.
- OMNÈS, C., 2009. De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention: la construction d'un risque acceptable. *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 56-1, no. 1, pp. 61-82.
- PÉREZ CASTROVIEJO, P.M., 2012. Salud laboral en Vizcaya: incidencia de la protección social pública y privada, 1876-1936. En: A. COHEN (ed.), *El trabajo y sus riesgos en la época contemporánea: conocimiento, codificación, intervención y gestión*. Barcelona: Icaria, pp. 183-209. ISBN 9788498884104.
- PONS PONS, J., 2012. Las mutuas patronales y la gestión del seguro de accidentes de trabajo en España hasta su incorporación a la Seguridad Social (1900-1966). En: A. COHEN (ed.), *El trabajo y sus riesgos en la época contemporánea: conocimiento, codificación, intervención y gestión*. Barcelona: Icaria, pp. 253-285.
- RAMÍREZ GÁMIZ, F., 2000. Ordenadores y microanálisis nominativo: adaptación informática del método de reconstrucción de familias. *Scripta Nova: Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, pp. 1-20.
- RAMÍREZ GÁMIZ, F., 2002. *La población lojeña en la edad contemporánea. Análisis de las transformaciones demográficas a partir del método de reconstrucción de familias*. Loja (Granada): Ayuntamiento de Loja.
- RANM, 2011. *Diccionario de términos médicos*. Madrid: Médica Panamericana.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. y MENÉNDEZ NAVARRO, A., 2005. Salud, trabajo y medicina en la España del siglo XIX. La higiene industrial en el contexto antiintervencionista. *Archivos de Prevención y Riesgos Laborales*, vol. 8, no. 2, pp. 58-63.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. y MENÉNDEZ-NAVARRO, A., 2006. Salud, trabajo y medicina en la España de la legislación social, 1900-1939. *Arch Prev Riesgos Labor*, vol. 9, no. 2, pp. 81-88.

SIERRA ALVAREZ, J., 1990. *El obrero soñado: ensayo sobre el paternalismo industrial (Asturias, 1860 1917)*. Madrid: Siglo XXI.

# Índice de tablas

---

Tabla 1. Proporción de historiales que alcanzan a cumplir su x aniversario en observación.....	60
Tabla 2. Valoraciones sobre la utilidad. Porcentaje sobre total de reconocimientos ...	66
Tabla 3. Anotaciones en los reconocimientos de las tres cohortes según su temática, por quinquenios.....	72
Tabla 4. Principales dolencias presentes en los Reconocimientos. ....	74
Tabla 5. Distribución de las Lesiones por Grandes Grupos .....	96
Tabla 6. Distribución decenal de los partes con fecha de alta .....	97
Tabla 7. Distribución anatómica de los partes. ....	98
Tabla 8. Incidencia por años en observación .....	100
Tabla 9. Cuadro de relaciones entre diagnósticos .....	131
Tabla 10. Correspondencia entre signos del tracoma y los encontrados en las cohortes .....	136
Tabla 11. Menciones oculares por origen .....	140
Tabla 12. Evolución de las menciones oculares entre cohortes .....	143
Tabla 13. Evolución de los diagnósticos oculares entre las cohortes. ....	146
Tabla 14. Evolución de las agresiones oculares entre las cohortes .....	147
Tabla 15. Historiales afectados por los diagnósticos oculares. Por quinquenios .....	150
Tabla 16. Agresiones oculares por quinquenio .....	151
Tabla 17. Número de diagnósticos oculares por años de observación cumplidos. ....	153
Tabla 18. Agresiones oculares por años de observación cumplidos.....	155
Tabla 19. Años en observación Hasta Primer Diagnóstico (Grupos AHPD). ....	157
Tabla 20. Número de historiales por número de menciones oculares presentes en el historial. ....	162
Tabla 21. Conversión de menciones oculares en trayectorias (TpM). ....	164
Tabla 22. Utilidad en manchas y opacidades .....	189

# Índice de figuras

---

Figura 1. Frecuencia y Duración media de los accidentes con baja. España, 2006 - 2014. .....	5
Figura 2. Esquema de los trabajos realizados con la BD Peñarroya.....	43
Figura 3. Esquema de los trabajos realizados para esta tesis. ....	52
Figura 4. Evolución del número de reconocimientos de la BD Peñarroya y del conjunto de las tres cohortes.....	58
Figura 5. Número de reconocimientos de las cohortes. Promedios anuales por quinquenio documentado. ....	59
Figura 6. Número de reconocimientos por cada 100 historiales en observación. Promedios quinquenales. ....	63
Figura 7. Número de reconocimientos, reconocimientos con contenido y anotaciones diferentes de la declaración sobre utilidad por cada 100 historiales en observación. Total de las cohortes. ....	68
Figura 8. Tres tipos diferentes de anotaciones según su temática. Proporción sobre reconocimientos y sobre anotaciones. Promedios quinquenales. ....	70
Figura 9. El proceso de reconocimiento de los accidentes de trabajo.....	93
Figura 10. Número de partes en la BD Peñarroya y en las tres cohortes seleccionadas. .....	94
Figura 11. Funciones que convergen en los reconocimientos. ....	103
Figura 12. Evolución de las menciones sobre el conjunto de las observaciones. Medias quinquenales. ....	142
Figura 13. Número de DO por 1.000 historiales abiertos a uno de enero. Medias quinquenales por cohortes.....	144
Figura 14. Años totales en observación y años en observación hasta el primer diagnóstico.....	158
Figura 15. Representación gráfica de una trayectoria. ....	165
Figura 16. Detalle de una trayectoria. ....	166
Figura 17. Pérdida de la visión y permanencia en la empresa. ....	222

Figura 18. Trayectoria afectada por blefaritis crónica .....	237
Figura 19. Trayectoria afectada por deficiencia visual.....	240
Figura 20. Trayectoria afectada por tracoma.....	245

# Índice general

---

<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
1. La gestión de los riesgos, un espacio de conflicto.....	3
2. Objetivos del trabajo .....	6
3. El análisis sociodemográfico de un archivo de empresa .....	7
4. Términos utilizados.....	10
<b>PRIMERA PARTE. LOS RIESGOS EN EL TRABAJO: PROBLEMÁTICA, FUENTES Y METODOLOGÍA .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 1. LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS LABORALES .....</b>	<b>13</b>
1. La Société Minière et Métallurgique de Peñarroya.....	13
2. La gestión de los riesgos laborales a comienzos del siglo XX .....	16
2.1. El paternalismo .....	16
2.2. La Medicina del Trabajo. ....	19
2.3. La legislación social.....	21
2.4. El movimiento obrero en la cuenca de Peñarroya .....	30
3. La Guerra Civil en Peñarroya .....	35
<b>CAPÍTULO 2. EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>37</b>
1. Trabajos con la BD Peñarroya.....	37
1.1. El proceso de reconstrucción de historiales.....	38
1.2. Agrupación de los Historiales en Cohortes .....	41
1.3. Explotaciones específicas .....	42
2. Trabajos para esta investigación .....	45
2.1. La utilización de las cohortes.....	45
2.2. Operaciones de codificación, clasificación y análisis .....	46
<b>CAPÍTULO 3. EL ARCHIVO DEL HOSPITAL MINERO .....</b>	<b>53</b>
1. Génesis del Archivo .....	53



2. Los reconocimientos médicos .....	56
2.1. La dinámica de los reconocimientos médicos.....	57
2.2. Contenidos presentes en los reconocimientos .....	64
3. Los partes de accidente .....	83
3.1. Funcionamiento.....	84
3.2. Los partes en cifras .....	94
4. La gestión de los riesgos en Peñarroya .....	103
4.1. Entre la gestión de los riesgos y la gestión de la mano de obra .....	103
4.2. La gestión de los accidentes de trabajo .....	108
<b>SEGUNDA PARTE. LOS RIESGOS OCULARES EN EL HOSPITAL DE PEÑARROYA.....</b>	<b>110</b>
<b>CAPÍTULO 4. CLASIFICACIÓN DE LAS MENCIONES OCULARES.....</b>	<b>111</b>
1. Clasificación de los signos encontrados .....	113
1.1. Párpados.....	113
1.2. Sistema de drenaje lagrimal .....	117
1.3. Conjuntiva.....	118
1.4. Córnea .....	121
1.5. Cristalino.....	124
1.6. Úvea.....	124
1.7. Otras .....	125
2. Clasificación de las agresiones más frecuentes.....	128
2.1. Traumatismos.....	128
2.2. Lesiones químicas y quemaduras .....	130
3. Relaciones entre los diferentes diagnósticos .....	131
4. El tracoma .....	134
4.1. El tracoma en Peñarroya .....	136
<b>CAPÍTULO 5. ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LAS MENCIONES OCULARES.....</b>	<b>138</b>
1. La evolución de las menciones oculares.....	142
2. Las menciones oculares en el interior de las trayectorias laborales.....	153
<b>CAPÍTULO 6. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS TRAYECTORIAS .....</b>	<b>161</b>
1. Conjuntiva, párpado y sistema lagrimal .....	167
1.1. Trayectorias con menciones a blefaritis y triquiasis .....	167
1.2. Trayectorias con menciones a blefaroconjuntivitis.....	170
1.3. Trayectorias con menciones a blefaroptosis.....	171
1.4. Trayectorias con menciones a ectropión y entropión .....	171
1.5. Trayectorias con menciones a orzuelos .....	172
1.6. Trayectorias con menciones a afecciones lagrimales .....	174
1.7. Trayectorias con menciones a conjuntivitis .....	179

1.8. Trayectorias con menciones a conjuntivitis traumática.....	182
1.9. Trayectorias con menciones a tracoma .....	183
1.10. Trayectorias con menciones a queratoconjuntivitis .....	184
2. Córnea, cristalino y úvea .....	187
2.1. Trayectorias con menciones a pterigión .....	187
2.2. Trayectorias con menciones a manchas y opacidades corneales .....	188
2.3. Trayectorias con menciones a queratitis .....	197
2.4. Trayectorias con menciones a úlcera corneal .....	202
2.5. Trayectorias con menciones a catarata.....	206
2.6. Trayectorias con menciones a iris .....	208
3. Deficiencias visuales .....	210
3.1. Trayectorias con menciones a visión deficiente .....	210
3.2. Trayectorias con menciones a la falta de visión.....	212
4. Estrabismo .....	224
4.1. Trayectorias con menciones a estrabismo .....	224
5. Síntesis del análisis de las trayectorias.....	227
5.1. Historiales con señales que afectan a la conjuntiva, al párpado y al sistema lagrimal .....	227
5.2. Historiales con señales que afectan a la córnea, al cristalino y a la úvea .....	229
5.3. Historiales con señales que indican deficiencias visuales .....	232
5.4. El estrabismo .....	234
<b>CAPÍTULO 7. LOS RIESGOS OCULARES: RIESGOS VISIBLES, RIESGOS INVISIBLES.....</b>	<b>235</b>
1. Qué encontramos en nuestros historiales. Los riesgos visibles .....	236
1.1. Trayectorias afectadas por dolencias conjuntivales, palpebrales o lagrimales .....	237
1.2. Trayectorias afectadas por dolencias en la córnea, el cristalino o la úvea ...	239
1.3. Trayectorias con una disminución de la capacidad visual.....	240
1.4. Trayectorias en las que figura el estrabismo.....	241
1.5. Traumatismos y quemaduras .....	241
2. Dificultades para el seguimiento de los riesgos oculares. Los riesgos invisibles .	242
2.1. La débil proyección profiláctica de la medicina de empresa .....	242
2.2. Un seguimiento muy desigual de la evolución de las patologías.....	242
2.3. No se recogen los diagnósticos con precisión .....	243
3. Entre lo visible y lo oculto: la presencia del tracoma en Peñarroya .....	244
4. El análisis de los riesgos laborales .....	246
5. Transformaciones en la gestión de los riesgos.....	247
6. El riesgo hecho carne: los cuerpos obreros.....	249

<b>FUENTES.....</b>	<b>251</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>253</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>258</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>259</b>
<b>ÍNDICE GENERAL.....</b>	<b>261</b>